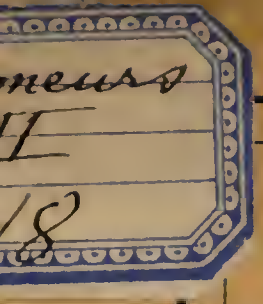


FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Mars 1895, à 1 heure

Par LÉON MARIAGE

Né à Templeuve (Belgique), le 7 septembre 1870.

Ancien externe des hôpitaux de Lille,

Lauréat de la Faculté libre de Lille.

ESSAI SUR LES TUMEURS MALIGNES DES ENFANTS

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. PROUST, professeur. HANOT et MARIE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895 **THÈSE** N° ___

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 7 Mars 1895, à 1 heure

Par Léon MARIAGE

Né à Templeuve (Belgique), le 7 septembre 1870.

Ancien externe des hôpitaux de Lille,

Lauréat de la Faculté libre de Lille.

ESSAI SUR LES TUMEURS MALIGNES DES ENFANTS

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : MM. PROUST, professeur. HANOT et MARIE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen .... M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	STRAUS.
Clinique médicale	SÉE (G.) POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.		
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON GRAND-PÈRE,
Médecin à Templeuve.

A MON PÈRE,
Docteur en médecine à Templeuve,

Puissé-je cher père, n'oublier jamais votre exemple et n'être pas trop indigne de vous !

A MA MÈRE BIEN AIMÉE.

A MES FRÈRES ET SŒURS.

A MON BEAU-FRÈRE.

A TOUS MES PARENTS.

A MES CHERS CAMARADES.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AUGIER,

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté libre de Lille,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine pour les enfants malades.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR EUSTACHE,

Doyen de la Faculté libre de médecine,
Professeur de clinique obstétricale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DESPLATS,

Professeur de clinique médicale.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DURET,

Professeur de clinique chirurgicale.

A TOUS MES AUTRES MAITRES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL,

Professeur à la Faculté de Médecine,
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.



AVANT-PROPOS

A l'occasion d'un cas de tumeur maligne qu'il avait observé chez une petite fille de 8 ans, notre maître, M. le professeur Augier, nous engageait à rechercher les observations analogues.

Contre notre attente, il nous fut relativement facile d'en recueillir un assez grand nombre. Ce résultat nous surprit d'autant plus que les traités classiques restent à peu près muets en cet endroit et que nous nous étions habitués à regarder les néoformations malignes comme le triste apanage de l'âge mûr et de la vieillesse.

C'est alors, qu'écoutant les conseils de notre maître, nous nous décidâmes à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Disons de suite qu'il n'entre pas dans notre plan de

parler des tumeurs sacro-coccygiennes, ni des tumeurs dues à des inclusions fœtales, telles que les tératomes de la face et du testicule.

De plus, nous avons cru devoir distraire de notre étude sur les tumeurs malignes des enfants, celles qui se rencontrent le plus fréquemment, c'est-à-dire les tumeurs de l'œil, du rein et des os.

La fréquence des premières est telle, que leur description et leur étude, devenues classiques, forment un important chapitre d'ophthalmologie.

Les néoplasmes rénaux, presque aussi fréquents que ceux des yeux, ont été bien étudiés par plusieurs auteurs, entre autres par Dumont, et plus personne aujourd'hui n'en ignore l'existence.

Les tumeurs des os ont été l'objet de plusieurs articles de de Saint-Germain et M. Schwartz en a fait le sujet de sa thèse d'agrégation.

Malgré ces soustractions importantes, notre sujet reste encore bien vaste, aussi, nous ne saurions avoir la prétention de le traiter comme il le mériterait.

En en faisant l'objet de notre thèse, nous n'avons d'autre but que de vouloir attirer un peu d'attention sur ce point bien négligé de pathologie infantile. Nous serons amplement récompensé de notre travail et des nombreuses recherches qu'il a nécessitées si nous y réussissons.

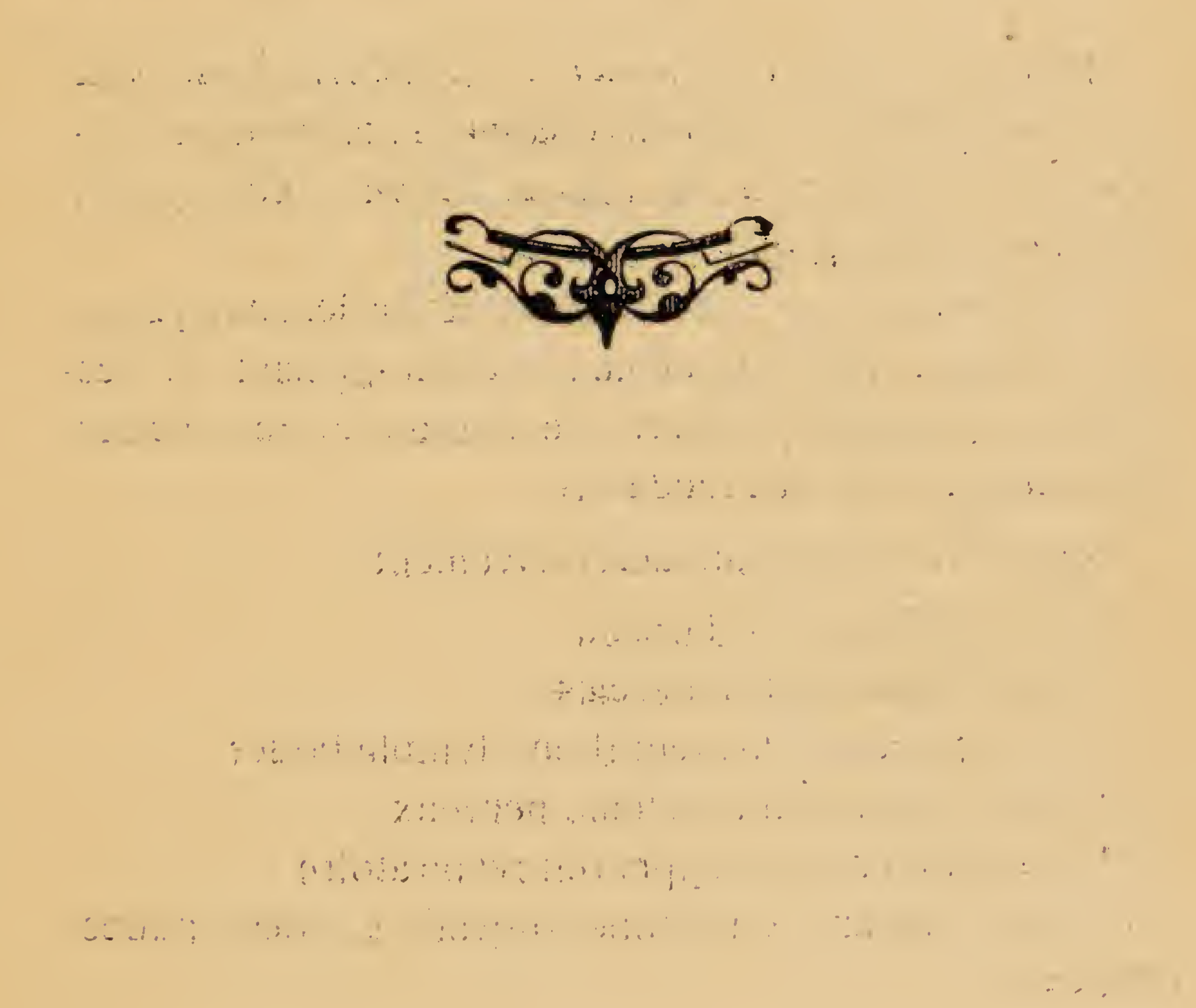
Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de dire à nos Maîtres de la Faculté libre de Lille, combien nous leur sommes reconnaissant pour l'intérêt qu'ils nous ont porté pendant le cours de nos études

et pour l'instruction médicale qu'ils nous ont fait acquérir.

C'est un devoir pour nous que de leur adresser nos remerciements et de leur affirmer notre sincère attachement.

M. le professeur Augier a bien voulu nous guider dans le cours de ce modeste travail et nous aider de ses savants conseils ; nous sommes heureux de pouvoir lui adresser ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

Enfin, M. le professeur Cornil nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous ne saurions trop l'en remercier.



DIVISION DU SUJET

Après un chapitre consacré à l'historique du sujet qui nous intéresse, nous envisagerons les tumeurs malignes de l'enfance au triple point de vue : étiologique, anatomo-pathologique et clinique.

En possession de ces données générales, nous pourrons aborder plus facilement l'étude spéciale de ces tumeurs, groupées d'après les tissus ou les organes dans lesquels on les rencontre.

Nous décrirons donc successivement :

1° Les tumeurs de la peau ;

2° Les tumeurs des muscles ;

3° Les tumeurs des ganglions lymphatiques ;

4° Les tumeurs du système nerveux ;

5° Les tumeurs de l'appareil respiratoire ;

6° Les tumeurs du tube digestif et des glandes annexes ;

7° Les tumeurs de la vessie ;
8° Les tumeurs des organes génitaux mâles ;
9° Les tumeurs des organes génitaux femelles.

Dans chacun de ces chapitres, nous reproduirons les observations les plus intéressantes, et, pour la plupart des organes, nous avons rassemblé dans un tableau les cas que nous avons pu réunir (1).

---

(1) Notre ami J. Brasseur a bien voulu nous faire profiter de sa connaissance de la langue anglaise ; qu'il reçoive ici nos meilleurs remerciements.





PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

HISTORIQUE

Avant le traité de Lebert (1851) sur les affections cancéreuses, l'existence des tumeurs malignes dans l'enfance était, sinon insoupçonnée, du moins très peu connue. Leur rencontre était regardée par tous comme un fait exceptionnellement rare.

Bien que sur 471 cas de cancer il en ait trouvé 15 se rapportant à des enfants (c'est-à-dire plus de 3 o/o), Lebert regardait cependant encore le cancer comme un fait rare dans le jeune âge.

Quelques années auparavant, avait paru dans les

Archives Générales de médecine un mémoire d'Aran sur le cancer vert de la dure-mère. L'auteur s'était attaché à démontrer que ce néoplasme était particulier à l'enfance.

Plus tard Hirshsprung, en Allemagne, et Robert, en Angleterre, publient quelques faits intéressants ; leur exemple fut utile, car à partir de cette époque, les observations publiées deviennent d'année en année plus nombreuses.

Giraldès, dans ses leçons cliniques sur les maladies des enfants, étudie surtout le cancer de l'œil dont il signale la fréquence (15 o/o), constatation déjà faite par Lebert. Dans sa thèse, Brière revient sur ce sujet.

Etudiant les tumeurs abdominales de l'enfance, Rathery est amené à conclure que le foie et le pancréas sont quelquefois atteints par le cancer, mais que de tous les organes abdominaux, c'est le rein qui en est le siège de beaucoup le plus fréquent.

Thompson et Jolly publient quelques considérations sur le cancer de la prostate, Th. Anger attire l'attention sur le cancer de la langue.

Duzan, en 1876, publie le premier travail d'ensemble sur la question ; sa thèse très documentée est basée sur 182 observations publiées de 1831 à 1875. Charon, de Bruxelles, dans un mémoire paru en 1876, étudie la carcinose chez l'enfant, et rapporte une observation de sarcome congénital.

Dans sa thèse d'agrégation sur « les ostéo-sarcomes des membres », (1880). M. Schwartz en signale trois cas de 0 à 10 ans, et 45 de 10 à 20 ans.

Levaillant (thèse Paris, 1881), rapporte une observation nouvelle prise dans le service de M. Cadet de Gassicourt.

De Saint-Germain, dans le premier numéro de la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* publie cinq cas observés dans son service en 1882. La même année, son élève, Chauveau, en fait le sujet de sa thèse, et publie quatre nouvelles observations.

A partir de cette époque, les faits publiés deviennent plus nombreux, mais sont épars dans les diverses publications médicales françaises et étrangères. Quelques auteurs, bornant leurs recherches aux tumeurs d'un seul organe, sont arrivés néanmoins à rassembler un nombre assez respectable d'observations.

C'est ainsi que Perquis a réuni 14 cas de sarcome primitif de l'orbite chez l'enfant ; que Dumont rapporte 28 cas de tumeurs malignes des reins. M. Aldibert, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* (novembre 1893), en résume 46 observations publiées dans les vingt dernières années.

Les tumeurs de la vessie sont spécialement étudiées par Dellac, thèse de Lyon, 1891-92, et Chivorré, Th. de Lille, 1892-93.

Dans sa thèse sur le cancer de la prostate, Engelbach fait ressortir la fréquence relative de cette localisation néoplasique chez l'enfant, il en rapporte 3 cas observés pendant la première année, et 6 autres observés de 1 à 10 ans.

Stern, dans le *Deutsche medicinische Wochenschrift*, (1892), fait connaître deux observations personnelles de

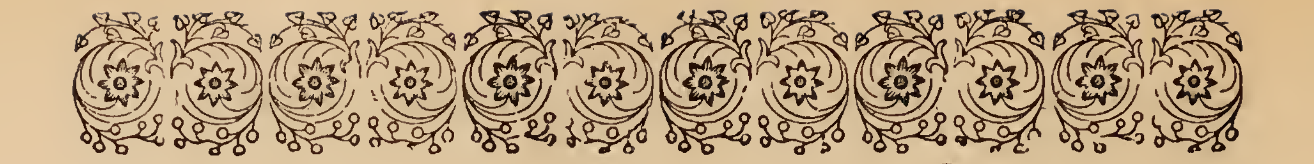
cancer de l'intestin et à cette occasion recherche les faits semblables.

En 1891, M. Christiani publie dans le *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, un remarquable mémoire sur les néoplasmes congénitaux, mémoire couronné par l'Académie. (Prix Daudet.)

Disons enfin que le sarcome du vagin a été successivement étudié en Allemagne, par Hauser, Steinthal, Frick, Sanger et Pick, à l'occasion de cas observés par eux.

Par ce long exposé historique nous avons cherché à montrer que les tumeurs malignes sont plus fréquentes dans l'enfance qu'on ne le croit généralement ; et qu'il n'est plus permis aujourd'hui de les regarder comme des raretés dont il serait excusable de négliger l'étude.





ÉTIOLOGIE

Il était admis autrefois que le cancer ne s'observait que très rarement chez l'enfant, Gendrin (1) avait même été jusqu'à dire qu'il ne se manifestait pas dans les premières années de la vie. Pour défendre son opinion, il se contentait d'exposer des idées théoriques, et de faire valoir la prépondérance à cet âge de l'action de la circulation et des fonctions nutritives.

Depuis, différents auteurs se sont appliqués à réunir les faits observés et ont publié des statistiques au sujet de la mortalité par le cancer, ou de sa fréquence aux divers âges de la vie.

---

(1) *Gendrin*. Thèse d'agrégation, 1840. Influence de l'âge sur les maladies.

Nous croyons ne pouvoir mieux faire que de les reproduire ici, sinon en entier, du moins en ce qu'elles présentent d'instructif pour le sujet que nous avons choisi :

Lebert (1), sur 471 cas de cancer, en trouve 15 jusqu'à 10 ans, dont 7 de 0 à 5 ans.

Marc d'Espine (2), sur 889 décès par cancer, en trouve 2 de 3 à 10 ans.

Breslau (3), sur 3.144 cas de cancer, en trouve 26 jusqu'à 10 ans, dont 11 pendant la 1re année.

Moore (4), sur 60.194 cas de cancer, en trouve 559 jusqu'à 10 ans, dont 178 pendant la 1re année.

Dans une statistique publiée dans le *British medical Journal* (5), sur la mortalité par le cancer dans l'Angleterre et le pays de Galles, on trouve indiqué le nombre de décès par âge et par période de 10 ans :

En 1851-1860, il y a eu 6.793 décès par cancer, dont 31 avant 10 ans : 22 de 2 à 5 ans, 9 de 5 à 10 ans.

En 1861-1870, il y a eu 8.305 décès par cancer, dont 20 avant 10 ans : 13 de 2 à 5 ans, 7 de 5 à 10 ans.

En 1871-1880, il y a eu 10.661 décès par cancer, dont 19 avant 10 ans : 12 de 2 à 5 ans, 7 de 5 à 10 ans.

---

(1) *Lebert.* Traité pratique des maladies cancéreuses, 1851.

(2) *Marc d'Espine.*

(3) *Breslau.* Cité par *Hénocque.* Dict. Dechambre. Art. cancer, p. 374.

(4) *Moore.* Cité par *Hénocque.* Dict. Dechambre. Art. cancer, p. 374.

(5) *British médical journal.* 1884. I. p. 938.

Au total, sur 25.759 cas de cancer, 70 cas avant 10 ans.

Il est intéressant de constater que le nombre de cas de cancer rencontrés dans l'enfance diminue d'année en année de 1851 à 1880. Moore avait déjà fait la même remarque ; tandis que de 1850 à 1855, il trouvait 361 cas de mort dans les 5 premières années, il n'en trouvait plus que 198 dans la période suivante. Cette décroissance est remarquable, rien ne peut l'expliquer et elle étonne d'autant plus que la fréquence du cancer dans l'âge adulte progresse tous les ans.

En faisant la somme des cas, que nous venons de rapporter, nous trouvons :

Lebert.........	471	cas dont	15	avant 10 ans.
Marc d'Espine..	889	—	2	—
Breslau........	3.144	—	26	—
Moore..........	60.196	—	559	—
British med. J...	25.759	—	70	—
Total.....	90.459		672	

C'est-à-dire 0.75 o/o.

Bien que nous soyons obligé de reconnaître l'éloquence des chiffres, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer les différences qui existent entre les diverses statistiques. Alors que dans l'une on trouve 3 cas sur 100 se rapportant à l'enfance ; la proportion tombe à 1, 1/2, et même à moins de 0,25 o/o dans les autres.

Il faut donc admettre que certains auteurs consi-

dèrent comme « cancer » des tumeurs auxquelles les autres refusent cette appellation.

M. Gallard (1) a rassemblé récemment 1.063 cas de tumeurs reconnues microscopiquement comme étant de nature épithéliale et qui ont toutes été présentées aux Sociétés anatomiques de Nantes ou de Paris.

Dans ce nombre se trouvent 6 cas rencontrés chez des enfants de 10 ans, soit 0,56 o/o.

Les tumeurs sarcomateuses sont beaucoup plus fréquentes dans l'enfance, que ne le sont les tumeurs épithéliales. Ce fait ressort clairement des tableaux que nous avons établis pour chaque organe.

L'enfant n'est pas également exposé au cancer pendant chacune des dix premières années de la vie. On le voit nettement dans les quelques statistiques où l'âge a été noté :

Sur les 15 cas de Lebert, il y en a 7 de 0 à 5 ans.

Sur les 70 cas du *British med. Journal*, il y en a 47 de 0 à 5 ans.

Sur les 26 cas de Breslau, il y en a 11 pendant la 1re année.

Sur les 559 cas de Moore, il y en a 178 pendant la 1re année.

Il est aisé de constater que la 1re année est plus particulièrement exposée aux tumeurs malignes, que les 4 années qui la suivent le sont beaucoup moins tout en l'étant davantage que les années suivantes.

---

(1) *Gallard* Th. Paris, 1891-92. De l'épitheliome aux divers âges.

Le sexe masculin prédispose légèrement aux néoplasmes ; sur 200 cas où le sexe est noté, M. Picot trouve 108 garçons et 92 filles. Le contraire existe dans l'âge adulte où l'on voit plus souvent le cancer chez la femme que chez l'homme.

Puisque l'enfant est quelquefois atteint de néoplasme malin, il était tout naturel de chercher quels étaient les organes habituellement envahis et quels étaient, au contraire, ceux que la néoformation respectait.

Duzan et Picot ont dressé des listes selon l'ordre de fréquence des organes atteints, nous les reproduisons ici en partie :

Duzan.	Tum primitives	T. secondaires	**Picot.**	
1° Yeux	70	2	Œil et annexes	100
2° Reins	45	2	Reins	80
3° Testicule	11	0	Os	67
4° Prostate	8	0	Encéphale	23
5° Langue	5	0	Abdomen, Bassin	19
6° Os	5	5	Testicule	15
7° Abdomen	5	0	Foie	13
8° Encéphale	5	1	Dure-mère	8
9° Poumons et plèvres	4	9	Prostate	8
10° Dure-mère	4	1	Peau	8
11° Pancréas	3	0	Vulve, vagin, utérus	8
12° Foie	2	8	Intestin	7
13° Amygdales	2	0	Cou	6
14° Rectum	2	0	Langue	6
15° Larynx	1	6	Ovaire	6

D'après les observations dont nous avons pu prendre connaissance, l'ordre de fréquence indiqué par Picot

doit être conservé, nous nous bornerons à faire remarquer que la vessie et les organes génitaux femelles nous ont paru plus fréquemment « cancéreux » que ne l'indiquent ces deux statistiques.

L'étiologie des tumeurs malignes n'est pas mieux connue pour l'enfant qu'elle ne l'est pour l'adulte. Le traumatisme trop souvent invoqué à tort pour expliquer la production de néoplasmes, apparaît nettement dans quelques-unes de nos observations comme le véritable agent provocateur.

Dans l'une d'elles (voir page 40, obs. V), le traumatisme primitif, un coup de griffe de chat, fut aggravé par le malade qui s'amusait à arracher la croûte à mesure qu'elle se formait au niveau de la plaie et par conséquent irritait constamment cette dernière. La seconde est celle d'un garçon de 9 ans (voir obs. XVIII) qui reçut un violent coup de poing dans le ventre, et vit se développer rapidement une tumeur dans la région abdominale où avait porté le coup.

Le traumatisme est encore incriminé dans l'observation XXIII où un épithéliome du testicule se serait produit à la suite de contusions répétées de cet organe. Ce facteur étiologique est d'ailleurs indiqué dans un bon nombre de cas d'ostéosarcome, notamment dans un cas rapporté par M. Schwartz (1).

Certains pays semblent exposer davantage les en-

---

(1) *Schwartz*. Thèse d'agrégation, 1880. Des ostéosarcomes des membres Obs. VIII.

fants aux tumeurs. L'Allemagne et l'Autriche fournissent presque toutes les observations de néoplasmes des organes génitaux femelles, alors que les tumeurs cérébrales s'observent plus souvent en Angleterre et en France.

La question de l'hérédité a été très discutée à propos des néoplasmes en général, elle l'est peut-être davantage encore quand il s'agit de l'enfance.

En effet, alors que de Saint-Germain (1) estime que : « l'hérédité paraît manquer d'une façon presque absolue au point de vue de l'étiologie », Hutchinson (2) pense que « l'hérédité est manifeste dans la grande majorité des cas de cancer chez les enfants. » Nous n'essayerons pas de défendre l'une ou l'autre de ces opinions, nous nous bornerons à dire que dans la grande majorité des cas, il n'existe pas d'antécédents héréditaires. Ils sont cependant notés quelquefois et nous résumons ici les faits qui nous ont paru les plus probants. Friedreich (3) observa l'enfant nouveau-né d'une femme morte peu après de carcinose généralisée; il portait au niveau du genou gauche une petite tumeur sous-cutanée. A l'examen microscopique on reconnut que la nature de cette tumeur était en tous points semblable à celle de la tumeur maternelle.

---

(1) *De Saint-Germain*. Cité dans la thèse de Chauveau.

(2) *Hutchinson*. Pathologic Soc. of London, 10 nov. 1884, in *Semaine Médicale* 1884, p. 466.

(3) *Friedreich* cité par *Stern*. Deutsche méd. Woch. 1892, n° 22.

Lebert (1) avait rencontré un cas plus démonstratif encore : « J'ai toujours regretté, dit-il, de n'avoir pu examiner de plus près un fœtus de quatre mois qui provenait d'une mère morte d'une infection cancéreuse des plus générales. Il y avait dans la cavité péritonéale du fœtus une masse molle et grisâtre qui avait certainement de la ressemblance avec l'encéphaloïde ».

Enfin Peabody (2) a publié l'observation d'un garçon de trois ans à l'autopsie duquel on trouva un sarcome du cervelet à cellules rondes et très vasculaire. La mère de cet enfant avait été opérée à plusieurs reprises d'un fibro-sarcome du cou.

Nous ne ferons pas ressortir combien ces faits sont en faveur de l'hérédité du cancer, nous avons simplement voulu les signaler. La question de la contagion du cancer n'est pas mieux connue que celle de l'hérédité; tour à tour acceptée et repoussée elle paraît depuis quelques années regagner un peu de faveur.

M. Delbet (3) a rapporté l'histoire d'un enfant mort de généralisation cancéreuse alors que sa mère qui l'allaitait présentait une tumeur du sein. Nous citerons encore l'observation de M. Guelliot (4) : « une fillette de quatre ans est opérée en septembre 1889 pour un épithélioma de la langue. Or, en décembre 1888, on

---

(1) *Lebert*. Traité des maladies cancéreuses, 1851, p. 28.

(2) *Peabody*. New-York médical Record, 26 juin 1886.

(3) *Delbet*. Cité par *Fabre*, thèse de Lyon, 1892.

(4) *Guelliot*. Union méd. du Nord-Est, 1891.

avait opéré M. X..., associé et ami du père de la petite malade pour un volumineux épithélioma ulcéré de la langue. Les deux familles prenaient leurs repas en commun et M. X... aimait à jouer avec la petite fille. »

Ces faits sont intéressants à constater, mais sont bien rares et trop peu nombreux encore pour entraîner la conviction.

En résumé, si l'action de la contagion et de l'hérédité reste douteuse, celle du traumatisme est dans plusieurs cas bien évidente et ne saurait être rejetée.





ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si nous étudions les caractères macroscopiques des tumeurs, nous voyons qu'elles présentent souvent un volume considérable. Elles sont irrégulières, formées par la réunion d'un certain nombre de masses arrondies, de volume inégal, soudées les unes aux autres. Fréquemment, elles se ramollissent par places et l'on assiste alors à la formation des fongosités.

Quand la tumeur est superficielle, elle s'ulcère presque fatalement, et de sa surface ulcérée et parfois gangréneuse, s'écoule une sérosité sanguinolente d'odeur infecte.

Unique au début, la tumeur envahit sans tarder les organes voisins, les englobe dans sa masse ou les détruit complètement. C'est ainsi que l'on voit certaines tumeurs des ganglions mésentériques se propager à tous les viscères abdominaux.

Outre cette propagation de voisinage, la tumeur peut encore se généraliser. Il convient, croyons-nous, de distinguer deux degrés dans cette généralisation. Alors que, dans certains cas, la plupart des organes, cerveau, poumon, organes abdominaux, sont le siège de métastases nombreuses, il en est d'autres, et notre observation personnelle en est un remarquable exemple, où la généralisation ne se fait que dans le péritoine. Il est probable que dans ce cas l'infection se propage par les lymphatiques, alors que dans les autres elle se fait par la voie sanguine.

Les tumeurs secondaires ont le même aspect extérieur que le noyau cancéreux primitif, elles sont ordinairement plus petites que lui, mais il arrive, au contraire, qu'elles atteignent un volume supérieur au sien.

Les organes qui sont le plus souvent envahis par les noyaux secondaires sont : les ganglions lymphatiques, le foie et les poumons.

La coupe de la tumeur montre toujours une vascularisation très développée, les capillaires y sont très fragiles, c'est ce qui explique la fréquence des ilôts hémorrhagiques dans ces tumeurs. D'autres fois, les vaisseaux sanguins sont anormalement dilatés et la tumeur devient, en partie du moins, télangiectasique.

Les tissus voisins de la tumeur participent à cette vascularisation exagérée ; les veines de la peau et du tissu cellulaire se gonflent de sang et forment un réseau bien marqué, d'aspect bleuâtre, à mailles de dimensions plus ou moins larges.

Au point de vue de la structure intime et de la nature histologique des tissus qui les forment, les tumeurs malignes se divisent en deux grandes classes : les tumeurs de nature conjonctive et les tumeurs de nature épithéliale.

Parmi les premières, les plus fréquentes sont : le myxome et surtout le sarcome. On rencontre de plus, très souvent, des tumeurs mixtes, telles que l'ostéo-sarcome, le myxo-sarcome, le fibro-sarcome, et même le myosarcome.

Dans certains organes, le sarcome présente des particularités histologiques spéciales. C'est ainsi que dans le rein, il n'est pas rare qu'il renferme des fibres musculaires striées. Dans le cerveau, il conserve certains caractères du tissu névroglique et est alors appelé gliome ou gliosarcome.

La coloration verte du sarcome de la dure-mère lui a fait donner le nom de cancer vert, par Aran, ou de chloroma.

La plupart des sarcomes observés dans le jeune âge, appartiennent aux variétés embryonnaire et fusiforme.

La première variété, caractérisée par de nombreuses petites cellules rondes, à noyaux volumineux, à capillaires très nombreux, est particulièrement maligne et sujette à récidive. Ces petites cellules se colorent très facilement par le picro-carmin.

Le sarcome se généralise facilement en suivant le plus souvent la voie sanguine. Les métastases ont absolument les mêmes caractères histologiques que la

tumeur primitive ; ce fait est général, il s'observe pour toutes les tumeurs.

Les tumeurs épithéliales sont plus rares que les sarcomes. Les épithéliomes de la peau sont beaucoup moins graves que les carcinomes. Ils restent mieux limités et n'envahissent pas le système ganglionnaire.

Les carcinomes, au contraire, ont des tendances envahissantes très marquées et peuvent se généraliser comme les pires sarcomes (Obs. personnelle). Dans le cas que nous avons observé, la structure de la tumeur était très intéressante à constater. On pouvait y suivre toutes les transformations des éléments épithéliaux, depuis l'adénome régulier typique, jusqu'aux productions épithéliales diffuses rappelant les tumeurs les plus atypiques.

Les tumeurs mélaniques ont habituellement leur point de départ dans la choroïde ; elles peuvent, toutefois se développer en dehors de cet organe, mais le fait est rare. Gussenbauer (1) a publié une observation de tumeur mélanique de la joue et Denzler (2) en a publié une seconde de sarcome mélanique du dos de la main qui amena la mort en deux mois.

---

(1) *Gussenbauer*. Archiv. Virchow, t. 18. Tumeur mélanique de la joue chez une fille de 8 ans.

(2) *Denzler*. Inaug Dissert. Berlin, 1880. Sarcome mélanique du dos de la main chez un enfant de 8 mois. Deux mois après mort par métastases dans les poumons.



ÉVOLUTION. SYMPTOMATOLOGIE. TRAITEMENT

L'existence des tumeurs malignes passe ordinairement inaperçue au début, elle ne peut alors être découverte que par hasard.

L'enfant n'accuse aucune douleur, n'éprouve pas la moindre gêne, et son développement ne s'en ressent pas visiblement. Ce n'est que plus tard, quand le néoplasme devenu volumineux entrave quelque fonction essentielle de l'organisme, que l'enfant est présenté au médecin. A ce moment, la tumeur a déjà un volume considérable, et elle continue à s'accroître avec une rapidité surprenante, au point de doubler parfois de volume en quelques semaines. C'est là un des principaux caractères de l'affection. Pour donner une idée du volume que peuvent acquérir ces tumeurs, nous

dirons qu'Audain (1), d'Haïti, trouva à l'autopsie d'un petit nègre de 10 mois, un sarcome fasciculé du rein, pesant 5 kilogrammes.

Quand le néoplasme a acquis des proportions considérables, il détermine parfois des douleurs à cause de la compression des nerfs voisins ; mais d'après ce que nous avons vu dans nos recherches, ces douleurs ne sont jamais bien intenses. Le volume exagéré de la tumeur a une autre conséquence plus importante : c'est de comprimer les organes voisins et par là de nuire à leur bon fonctionnement. C'est ainsi que les tumeurs du vagin et de la prostate rendent la miction difficile, que les tumeurs de la vessie provoquent la dilatation des uretères.

D'autres fois, la gêne fonctionnelle provient de l'organe même qui est le siège de la tumeur. C'est de cette manière que les tumeurs de l'intestin et du rectum amènent si souvent l'obstruction intestinale.

Quelquefois les tumeurs provoquent des inflammations de voisinage ou favorisent l'infection d'organes voisins. La péritonite est fréquente dans les cas de tumeurs de l'intestin, des ganglions abdominaux, ou des organes du bassin. La néphrite est de même parfois signalée dans les observations de tumeurs vésicales.

L'évolution du néoplasme est parfois si rapide que l'enfant n'a pas le temps de se cachectiser profon-

---

(1) *Audain*. Cité par *Picot*. Rev. méd. Suisse. Rom. 1883, p. 665.

dément. Mais nous estimons que ce n'est pas le cas le plus fréquent, aussi nous ne saurions admettre sans restriction l'opinion de M. de Saint-Germain (1) sur ce point : « Je ferai ressortir, dit cet auteur, la rareté de la cachexie chez les enfants. Quelques ravages locaux que produise le mal, la constitution n'en paraît pas affectée, les diverses fonctions s'exécutent bien, le teint reste rosé, la coloration jaune paille manque absolument et si, dans le courant de nos observations, nous avons signalé quelques défaillances de l'état général, ces troubles n'ont été que passagers et n'ont paru tenir en rien à l'influence de l'affection maligne sur l'état général. »

Ce qui ne nous permet pas d'être de cet avis, c'est que dans la majorité des observations que nous avons parcourues, les auteurs ont relevé des signes nombreux de cachexie.

Le dépérissement progressif de l'enfant, son amaigrissement extrême sont notés dans la plupart des cas ; l'œdème des jambes, la faiblesse excessive des petits malades sont signalés maintes fois. Il est vrai que la teinte jaune paille n'a été constatée qu'une seule fois (Tordeus). Le plus souvent l'enfant pâlit, son teint se décolore et devient d'une blancheur d'ivoire. Dans les derniers jours de l'affection, il n'est pas rare de voir la fièvre s'allumer et atteindre parfois

(1) *De Saint-Germain.* Revue mal. enfance, 1883, p. 52.

des températures élevées (39°5), sans qu'il soit survenu des complications pulmonaires ou autres.

La durée moyenne de l'affection abandonnée à elle-même, est de 4 à 5 mois. Elle est souvent moindre dans les cas où l'intervention chirurgicale est suivie de récidive. Les récidives ont en effet des caractères de malignité plus prononcés encore que ceux des néoplasmes primitifs. Il arrive même parfois que, sous l'influence du traumatisme opératoire, une tumeur bénigne récidive et se transforme en tumeur maligne. C'est ce que nous voyons dans les observations de Chivorré (page 105), et de Broca (page 44). Un phénomène de sens inverse peut aussi se produire; la régression de la tumeur, même après plusieurs récidives, n'est pas impossible; elle a été observée par de Saint-Germain dans deux cas (1) où la guérison est survenue alors que tout espoir avait été abandonné. Nous ne connaissons pas de cas semblables appartenant à d'autres auteurs; ils ne constituent donc qu'une exception excessivement rare sur laquelle il serait naïf de compter.

Tout ce que nous venons de dire de l'évolution des tumeurs malignes de l'enfance indique assez combien le pronostic en est grave.

---

(1) *De Saint-Germain*. Ostéosarcome du péroné gauche chez une une fille de 9 ans. Rev. mal. enf., 1883, p. 37. Sarcome embryonnaire de l'avant-bras. Rev. mal. enf., 1883, p. 33.

Les petits malades succombent fatalement si l'on n'intervient pas rapidement par une opération.

Le seul traitement qui ait quelques chances de succès est l'ablation large de la tumeur. Quand elle siège sur un membre l'amputation s'impose à bref délai; la mutilation importante qui en résulte ne doit pas faire hésiter le chirurgien; grâce à elle, plusieurs enfants ont pu être sauvés (Guéniot (1), Kelburne Kirn) (2).

Quand la tumeur siège dans un organe interne l'intervention est plus délicate et offre moins de chances de réussite. Cependant l'ablation d'un sarcome de l'ovaire a été pratiquée avec succès par Halliday Croom. La tumeur il est vrai était pédiculée et le cas était très favorable.

Bien que nous n'ayons pas fait porter notre étude sur les tumeurs rénales, nous pouvons dire que la guérison des sarcomes ou rhabdosarcomes du rein a été obtenue plusieurs fois à la suite de l'ablation de l'organe dégénéré.

La castration faite pour des néoplasmes malins du testicule a également procuré la guérison dans quelques cas, notamment dans celui publié par M. Reboul.

Nous signalerons encore le traitement par les pâtes caustiques (flèches de Canquoin) qui, employé avec

---

(1) *Guéniot.* Bull. Soc. de chirurgie, 1878. Sarcome congénital opéré par le thermo-cautère chez un enfant de 4 jours. Guérison.

(2) *Kelburne Kirn.* The Lancet, 1875, p. 766. Cancer congénital de la jambe, amputation le 4e mois. Guérison.

persévérance, a donné plusieurs beaux succès à M. de Saint-Germain (1) dans des cas inopérables ou lorsque les parents repoussaient l'amputation.

Enfin nous rappelons le cas excessivement curieux où le traitement spécifique, employé avec énergie et alors qu'il n'existait pas le moindre soupçon de syphilis, amena la guérison merveilleuse d'une tumeur qui avait déjà récidivé plusieurs fois et qui, à l'examen histologique, s'était révélée comme étant un sarcome à petites cellules de la plus maligne espèce.

OBSERVATION I

Sarcome de la peau de la nuque chez une petite fille de 8 ans. Deux ablations suivies de récidives. Guérison par le traitement mercuriel. — (De Saint-Germain. *Rev. mal. enfance*, 1887, p. 77.)

Appelé au mois de juin 1884, près d'une petite fille de 8 ans, bien portante, je constatai chez elle, à la naissance de la nuque, une tumeur rouge cerise de ferme consistance, légèrement bosselée et entourée d'une sorte de disque veineux bleuâtre et strié.

La tumeur datait de deux mois environ ; elle avait augmenté notablement depuis quinze jours et avait, au moment de l'examen, le volume d'une petite prune.

La tumeur était douloureuse et fixée à la peau, mais mobile sur les parties profondes.

---

(1) *De Saint-Germain.* Rev. mal. enf., 1883, p. 33.

Pas de syphilis dans la famille. Le père déclare qu'il n'en a jamais été atteint. La mère n'a pas eu de fausses couches et a trois autres enfants tout à fait bien portants.

Diagnostic : Sarcome de la peau.

Ablation de la tumeur au thermocautère.

Deux mois après, récidive. Nouvelle ablation au thermocautère.

Seconde récidive un mois après.

L'examen histologique de la première tumeur enlevée fut fait par un micrographe autorisé. Celui-ci déclara qu'il s'agissait d'un sarcome de la peau devant récidiver dans un très court délai. Voyant l'inutilité du traitement chirurgical, j'exigeai qu'un traitement antisyphilitique fût énergiquement employé.

On institua des frictions mercurielles, en même temps que l'iodure.

Au bout de quinze jours, ma joie fut au moins égale à ma stupéfaction, quand je vis la tumeur s'aplatir, pâlir, se ramollir, pour enfin disparaître complètement au bout d'un mois.

Depuis trois ans, je revois l'enfant tous les trois mois. Il ne s'est pas produit la moindre récidive.





DEUXIÈME PARTIE

DES TUMEURS CONSIDÉRÉES DANS LES DIFFÉRENTS ORGANES

I. — Tumeurs de la peau.

Les tumeurs de la peau sont fréquentes chez les enfants, elles sont même assez souvent congénitales.

Nous ne ferons que signaler l'existence des fibromes, des lipomes, des myomes (1), des lymphangiomes (2),

---

(1) *Mark.* Vracht, 1891, p. 200 et 223. Un cas de dermatomyome (Lyomyome) congénital.

(2) *Pott.* Münch. méd. Woch. 1892, n° 37. Lymphangiôme congénital du cou.

dont l'étude n'entre pas dans notre sujet. De même, nous nous contenterons de mentionner les tératomes de la face et les adénomes de l'ombilic (1).

Les tumeurs vasculaires sanguines, très fréquentes comme l'on sait et ordinairement inoffensives, prennent parfois une extension inquiétante au point de mettre en danger la vie du sujet. Nous avons été témoin d'un fait de ce genre, chez une petite fille de deux mois, chez laquelle nous avons vu un petit angiome de la lèvre supérieure acquérir un développement excessif, et envahir en trois semaines toute la lèvre, l'aile du nez et la majeure partie de la joue gauche. L'enfant était dans l'impossibilité de prendre le sein et ne pouvait être que difficilement alimentée à la cuiller. Au bout de quelque temps la tumeur cessa de progresser, et depuis elle paraît rétrocéder un peu sous l'influence du traitement par l'ignipuncture.

Les nœvi pigmentaires dont la fréquence est au moins égale à celle des angiomes sont tout à fait bénins par eux-mêmes, mais peuvent quelquefois, chez l'adulte, subir la dégénérescence maligne. Il n'était pas sans intérêt de rechercher si cette transformation pouvait s'observer dans l'enfance. Le fait peut se rencontrer, mais il doit être exceptionnel, car nous n'en avons pas trouvé d'autre exemple que celui de

---

(1) *Bazy*. Bull. soc. anat. Paris, 1888, p. 618. Adenome diverticulaire de l'ombilic (pas d'examen histolog.).

Denzler (1); les auteurs qui se sont occupés de la question, tels que Filaudeau (2), semblent n'avoir pas fait porter leurs recherches sur ce point de détail.

La dégénérescence cancéreuse au niveau des cicatrices n'a pas été observée chez l'enfant. Il n'y a pas lieu de s'en étonner, car elle ne se produit guère que sur des cicatrices anciennes.

Les tumeurs malignes proprement dites de la peau ne sont pas bien rares.

L'épithélioma a été vu plusieurs fois, mais pas avant l'âge de 8 ans, le sarcome se rencontre beaucoup plus tôt, il peut même être congénital (Charon).

Siège. — Nous avons constaté avec surprise que dans les observations que nous avons recueillies, les néoplasmes siègent presque exclusivement sur les téguments de la tête et du cou. Les épithéliomes se localisent même sur le nez et la lèvre supérieure. Il ne nous paraît pas possible d'expliquer cette localisation spéciale.

L'âge, nous l'avons déjà dit, exerce une influence manifeste sur la nature de la tumeur. Les tumeurs malignes congénitales et celles qui se développent pendant les premières années de la vie sont des sarcomes.

---

(1) *Denzler*. Inaug. Dissert. Berlin, 1880.

(2) *Filaudeau* Th. Paris 1892-93. Etude sur les nœvi pigmentaires.

L'épithélioma n'a pas été rencontré avant 8 ans.

Les signes cliniques de ces néoplasmes sont tout différents.

Le sarcome se caractérise par son développement rapide, et sa tendance à envahir les organes voisins. Il amène la mort à bref délai et récidive, presque fatalement, même après les interventions les plus complètes.

L'épithélioma, au contraire, présente la forme ulcéreuse ; c'est à peine si, dans les cas connus de nous, l'on pouvait sentir soit au niveau des bords de l'ulcération, soit en dehors d'elle, de petits nodules indurés. La marche torpide de ces ulcérations, ne faisait pas soupçonner leur nature et le diagnostic ne fut posé qu'après l'échec du traitement antisyphilitique.

Dans les deux cas que nous reproduisons plus loin, l'ablation de la tumeur fut suivie de succès ; il n'y eut pas la moindre récidive. Il est donc permis de considérer les épithéliomas de la peau comme étant cliniquement bénins chez l'enfant.

OBSERVATION II

Sarcome congénital de la face. — (Charon. *Bull. acad. de méd. de Belgique*, 1878.)

Le 20 novembre 1877, fut apportée à la consultation de l'hôpital Saint-Pierre, une petite fille, venue au monde depuis huit heures seulement, atteinte d'une étrange difformité de la face.

Pas d'antécédents héréditaires.

Sur la face de l'enfant, on voit une tumeur du volume d'un œuf de poule, bosselée, rouge violacé ; les parties les plus saillantes sont de coloration jaunâtre. La consistance de la tumeur était dure au niveau des parties rouges, molle et presque fluctuante au niveau des mamelons jaunâtres ; elle partait de l'angle interne de l'orbite droit, envahissait toute la région nasale, refoulait en dehors l'aile du nez du côté gauche et tendait à envahir la région frontale. En huit jours, elle doubla de volume, s'étendit au front, aux lèvres, atteignit le grand angle de l'œil gauche, en refoulant ce dernier vers la tempe.

L'absence de réductibilité de la tumeur, l'intégrité de la voûte cranienne firent rejeter l'idée de méningocèle.

Le diagnostic fut tumeur encéphaloïde.

Les jours suivants, la tumeur s'ulcère, laisse couler un liquide sanieux, d'odeur fétide, augmente beaucoup de volume, atteint et dépasse celui du poing d'un enfant de dix ans.

L'état général qui s'était conservé pendant les dix premiers jours, ne tarde pas à devenir mauvais. L'enfant maigrit, sa face prend une teinte cachectique. Diarrhée. Contracture des membres. Mort le 11 décembre.

A l'autopsie on trouve, outre la tumeur principale qui n'intéresse nullement l'œil et le nerf optique, un très grand nombre de tout petits noyaux secondaires dans la peau du ventre, le tissu cellulaire sous-pleural et abdominal. Ces tumeurs varient du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois. Il en existe quelques-unes dans le rein gauche. Autres organes normaux.

Examen microscopique. — La grosse tumeur est formée de cellules embryonnaires unies par un stroma excessivement fin, formé de substance amorphe.

La tumeur a subi la dégénérescence graisseuse en beaucoup de points. Il s'agit donc d'un sarcome fongueux ou globo-cellulaire.

La structure des noyaux secondaires est analogue à celle de la tumeur primitive.

OBSERVATION III

Myxosarcome de la joue gauche chez un fœtus de 6 mois. — (W. Zahn. *Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*, 1885. Très résumée.)

Une femme, bien portante, expulse un fœtus de six mois, porteur, au niveau de la joue droite, d'une tumeur très volumineuse.

Cette tumeur mesurait, perpendiculairement de l'œil gauche à son bord inférieur, 15 cent. 5, et transversalement, de l'oreille au menton, 12 cent. 5.

Sur une coupe, on voyait nettement que cette tumeur était formée de trois couches. L'extérieure mince, brune et nécrosée, la couche moyenne plus large, était rouge, mais translucide, la couche inférieure, encore plus épaisse, était blanchâtre, d'apparence gélatineuse et assez fortement vascularisée.

L'*examen microscopique* révéla la nature myxo-sarcomateuse de la tumeur.

La dissection minutieuse de la tumeur fit voir qu'elle avait son point de départ dans la boule graisseuse de Bichat.

L'auteur ajoute : cet organe donne assez fréquemment naissance à des lipomes, mais que le myxo-sarcome ou le sarcome n'y avaient pas encore été rencontrés.

OBSERVATION IV

Epitheliome de la lèvre et de l'aile du nez chez un enfant, par Krasnoboef. *Vracht*, 1892, n° 51. — (*Rev. des mal. de l'enfance*, 1893, t. XI, p. 128.)

Fille de 8 ans. Sur la moitié droite de la lèvre supérieure et sur l'aile droite du nez, existe une ulcération humide, à bords infiltrés et parsemés de nodules superficiels. La muqueuse de la lèvre est saine et n'adhère pas à l'ulcération. Adénopathie maxillaire. Les gencives, du même côté, sont enflammées, saignantes et couvertes d'un détritus purulent.

Après un essai de traitement antisyphilitique (iodure de potassium), on fait l'ablation des parties malades et on répare la brèche par une opération autoplastique qui réussit fort bien.

L'*examen histologique* a montré l'existence d'un cancer épithélial de la peau.

(Soc. de pédiatrie de Moscou, 7 décembre 1892).

OBSERVATION V

Epithelioma de la lèvre supérieure chez un garçon de 15 ans, par Gangolphe. — (*Lyon médical*, octobre 1892.)

Fr. Mar..., 15 ans, manœuvre maçon, entre le 4 septembre 1891, salle Saint Pothin, n° 9, pour une ulcération de la lèvre supérieure.

On ne relève rien de saillant dans ses antécédents patholo-

giques héréditaires, collatéraux ou personnels. Aucun signe de scrofule ni de syphilis.

La maladie actuelle date de huit mois environ ; elle débuta par une ulcération minuscule sur la partie médiane de la lèvre supérieure (le malade prétend que l'ulcération s'est développée au niveau d'une petite plaie produite par un coup de griffe de chat). Il se forma une croûte que le malade arracha ; peu à peu, l'ulcération s'agrandit et se creusa. Pas de douleurs ni de démangeaisons ; la plaie ne saignait pas, suintait très peu et n'offrait aucune tendance à la cicatrisation.

Actuellement, on constate que la santé générale est excellente, il n'existe aucun trouble viscéral ; ce garçon, sans être grand, est fort et bien constitué. On ne trouve nulle part de stigmates syphilitiques ; bonne dentition, squelette intact, pas la moindre adénopathie. Pas de lésions oculaires, ni d'ozène. Bref, on est conduit, de par l'examen général du sujet, à repousser toute idée de tuberculose ou de syphilis.

Quant à l'examen local, voici ce qu'il donne : l'ulcération située exactement au milieu de la lèvre supérieure empiète également sur la muqueuse et sur la peau. Elle a la forme d'une ellipse allongée transversalement, de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Elle se compose de deux parties distinctes : une partie centrale, anfractueuse, de couleur noirâtre, et une partie périphérique saillante en forme de bourrelet, très dure au toucher. Dans les régions sous-maxillaires, on trouve quelques ganglions très petits, n'excédant pas le volume normal.

En présence de ces signes locaux et généraux, négatifs au point de vue de la tuberculose et de la syphilis, nous recommandons de panser l'ulcération aseptiquement et ordonnons l'iodure de potassium.

Le 9 septembre, nous trouvons qu'un changement manifeste s'est produit (probablement sous l'influence des soins de propreté),

le bourrelet périphérique s'est un peu affaissé, l'ulcération est recouverte d'une croûte jaunâtre.

10 octobre. Ce semblant d'amélioration ne s'est pas maintenu, au contraire, l'ulcération tendait à augmenter et à se creuser malgré 6 grammes d'iodure.

Nous souvenant d'un sujet de 20 ans, opéré par Léon Tripier, pour un épithélioma de la lèvre, nous pensons qu'il peut en être de même chez notre sujet, et nous pratiquons l'ablation de la lésion.

Voici les résultats fournis par l'examen histologique pratiqué au laboratoire d'anatomie pathologique : « La pièce présente une dépression cupuliforme de 1 cent. 1/2 de diamètre ; au centre, bourgeons épidermiques reposant sur des couches musculaires dissociées par la sclérose ; au centre même de l'ulcération, la couche musculaire est mise à nu ; en se rapprochant de la périphérie, la couche des bourgeons épidermiques s'épaissit progressivement et atteint son plus grand développement au dessous de l'épiderme marginal. A ce niveau, on rencontre quelques globes cornés dont un groupe est sur le bord immédiat de la section. Le plus grand nombre des bourgeons n'est composé que de cellules épidermiques très embryonnaires, sans évolution cornée manifeste ; par contre, quelques globes cornés ont subi une sorte de fonte destructive secondaire. Le tissu interstitiel ne présente pas d'infiltration embryonnaire. »

Ajoutons que nous n'avons pas pratiqué d'ablation de ganglions : les régions sous-maxillaire et sus-hyoïdienne nous ont paru absolument indemnes. Nous insistons sur ce point, car nous ne nous souvenons pas avoir jamais opéré un épithélioma labial chez l'adulte, sans avoir (conformément à la pratique systématique de Mollière et de Tripier), fait le curage ganglionnaire de

ces diverses parties. A l'heure actuelle, il n'existe aucune trace de récidive et le résultat plastique est très satisfaisant.

Ce fait emprunte un intérêt évident à sa rareté.

II. — Tumeurs du tissu musculaire.

Les tumeurs primitives des muscles sont d'observation peu fréquente chez l'enfant comme elles le sont d'ailleurs chez l'adulte.

M. Picot n'en signale qu'un seul cas. Dans sa thèse sur le sarcome primitif des muscles M. Guitton (1) a pu, après beaucoup de recherches rassembler trente cas de cette affection. Parmi ces trente cas il en est quatre qui ont été rencontrés dans l'enfance.

L'âge auquel ils ont été observés varie de 5 ans à 13 ans 1/2.

La tumeur occupait un siège différent dans chaque cas : les muscles atteints étant : le grand pectoral

---

(1) *Guitton*. Thèse de Paris. Le sarcome primitif des muscles, 1893-94.

(Bérard), les muscles de l'avant-bras (Dahl), le triceps fémoral (Vincent) et enfin le deltoïde (Tillaux et Guitton).

Il semble donc que tous les muscles puissent être attaqués par le néoplasme.

Ces quatre cas furent traités chirurgicalement, soit par l'ablation large de la tumeur, soit par l'amputation, mais avec des résultats bien différents.

La guérison paraît avoir été obtenue deux fois, mais il est regrettable que les malades n'aient pas été suivis plus longtemps. Dans les deux cas malheureux la mort survint rapidement soit à la suite de récidive locale, soit par suite de la généralisation de la tumeur.

Nous croyons devoir résumer brièvement dans ce chapitre une récente communication de M. Broca (1) à la Société de chirurgie de Paris, sur une tumeur de la plante du pied observée chez un enfant de 7 ans. A l'âge de 6 ans cet enfant avait été atteint d'un petit fibrome du pied. Cette tumeur fut enlevée sans difficulté, mais un an après elle avait récidivé sous forme d'un fibro-sarcome qui nécessita l'amputation de la jambe. L'examen anatomique de la pièce, montra qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome de la gaine du long péronier latéral.

Cette observation, outre qu'elle montre la transformation que peuvent subir les tumeurs les plus bé-

(1) *Broca* Comm. à la Soc. de chirurgie. 2 janv. 1895.

nignes, est intéressante à cause de la rareté de son siège.

III. — Tumeurs des ganglions Lymphatiques.

Les ganglions lymphatiques qui sont si souvent envahis par des métastases, peuvent quelquefois être atteints primitivement.

Nous ne parlons pas ici des cas de lymphomes ou lymphadénomes que tous les auteurs regardent aujourd'hui comme étant une affection inflammatoire de nature probablement infectieuse (1). Rappelons à ce sujet l'opinion de Virchow : « L'étiologie du lymphome est douteuse, cependant on ne peut se refuser à reconnaître leur nature inflammatoire. On peut donc admettre qu'ils sont comme les lymphomes scrofuleux, produits par la lymphe irritante. On rencontre aussi dans les tumeurs volumineuses de ce genre, quelques endroits

---

(1) *Champeaux*. Th. Paris, 1889-90. Etude sur le lymphadénome.

caséeux, de telle sorte qu'il en résulte un tout complexe qui les rattache plutôt à la scrofulose » (1).

Les tumeurs primitives des ganglions lymphatiques autres que les lymphadénomes sont rares.

Le sarcome pur et le lymphosarcome ont été observés plusieurs fois, (Maas (2), Mayet (3), Gyrus (4). Le carcinome a été rencontré par Stern. Son observation est, croyons-nous, unique dans la science.

Chauveau (5), Wede (6), Bahn (7), ont décrit sous le titre de cancer diverses observations, sans examen histologique, de tumeurs malignes ganglionnaires.

Tous les ganglions peuvent être atteints par le néoplasme, mais ils ne le sont pas avec la même fréquence. Les ganglions mésenteriques viennent en premier lieu, puis ceux de l'aisselle, du cou, de l'aine, etc...

A quelque variété histologique qu'elles appartiennent, les tumeurs malignes des ganglions ont un développement très rapide, elles acquièrent souvent un volume considérable, et parfois se généralisent.

---

(1) *Virchow*, cité par *Champeaux*, p. 11.

(2) *Maas.* Berl. Klin. Woch., 1879. Sarcome des ganglions axillaires et sous-pectoraux.

(3) *Mayet* et *Broca.* Bull. Soc. anatomique, Paris, mai 1894.

(4) *Gyrus.* Inaug. dissert. Greifswald, 1889. Lymphosarcome des ganglions lymphatiques portes, du foie et de la rate.

(5) *Chauveau.* Th. Paris, 1883.

(6) *Wede,* cité par *Stern.* Infiltration cancéreuse du foie, du pancréas, des ganglions mésentériques chez un nouveau-né.

(7) *Bahn.* Jarhrb. f. Kinderh , t. XXIII, p. 144. Cancer des ganglions lymphatiques portes et rétropéritonéaux du foie, du pancréas chez un nouveau-né.

Le diagnostic se basera sur la marche aiguë de la tumeur et sur son siège précis s'il s'agit de ganglions superficiels.

L'intervention opératoire, possible seulement dans le cas de tumeurs sous-cutanées, n'a de chances de succès que si elle est très précoce.

OBSERVATION VI

Carcinome des ganglions mésentériques chez un garçon de 11 ans. — (Stern. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1892, n° 22. Traduction inédite.)

Observation prise, en 1888, à l'hôpital Marie, de Dusseldorf.

Un garçon de 11 ans, Jos. St..., d'Obercassel, fut amené à l'hôpital en vue d'une opération à cause du développement de l'abdomen.

Dès son entrée, on constata chez cet enfant déjà fortement cachectisé, une tumeur dure de la cavité abdominale. Cette tumeur occupait surtout la partie médiane de l'abdomen, s'étendait un peu vers la gauche; elle était peu mobile et à la palpation paraissait mamelonnée.

Le foie et la rate n'étaient pas le point de départ de la tumeur.

Le diagnostic resta hésitant entre une tumeur du rein et une tumeur développée entre les feuillets du mésentère.

L'état général de l'enfant ne permettait pas d'intervenir.

Autopsie le 17 septembre 1888. On trouva une énorme tumeur dure largement développée entre les feuillets du mésentère.

Cette tumeur fut reconnue macroscopiquement et microscopiquement comme un carcinome ayant débuté dans les ganglions mésentériques.

OBSERVATION VII

Sarcome des ganglions mésenleriques chez un garçon de 2 ans. — (Lounine. *Vracht*, 1893, n° 42, p. 1162.)

Il s'agit d'un garçon de 2 ans, sans antécédents héréditaires, toujours bien portant pendant la première année. A partir de la deuxième année, il commença à maigrir, à pâlir en même temps que son ventre devenait gros.

A l'examen on trouvait un enfant très maigre, presque cachectique, avec des traces de rachitisme et des adénopathies périphériques multiples. Le ventre était très gros, la peau couverte d'un lacis veineux. A la palpation, on constatait l'existence de plusieurs tumeurs assez volumineuses, indépendantes du foie ou de la rate non hypertrophiés. Rien du côté des reins ou des organes thoraciques. Légère leucocytose à l'examen du sang.

L'enfant resta à la clinique près de treize jours et mourut dans le coma.

A l'autopsie, on trouva un sarcome à cellules rondes des ganglions mésentériques et rétro-péritonéaux. Les ganglions pris formaient des tumeurs, dont quelques-unes des dimensions d'un poing d'adulte.

Métastases multiples dans le foie, la rate, les reins.

IV. — Tumeurs du système nerveux.

Nous ne croyons pas devoir séparer les tumeurs de l'encéphale d'avec celles de ses enveloppes ; elles restent en effet rarement localisées à l'organe primitivement atteint et, de plus, se confondent cliniquement.

Les tumeurs cérébrales sont fréquentes dans le jeune âge ; nous avons pu en rassembler 17 observations.

Au point de vue du siège, elles se divisent de la manière suivante :

Cervelet..........	8	Glande pituitaire....	2
Encéphale........	6	Bulbe (4ᵉ ventric)....	1

On voit, d'après ce relevé, combien le cervelet est fréquemment atteint, proportionnellement à l'encéphale.

Au point de vue de l'âge, nous trouvons 3 cas pendant la première année, 4 pendant la seconde, 2 pendant la troisième. A partir de la quatrième année, l'affection devient moins fréquente.

Le sexe ne parait pas avoir d'influence.

Les symptômes présentés pendant la vie, par les enfants atteints de néoplasmes cérébraux, sont exces-

sivement variables. Il est impossible de les grouper et de vouloir en tirer un complexus symptomatique qui leur serait spécial.

La variabilité de leur siège, leur développement plus ou moins rapide suivant la nature de la tumeur, et enfin l'impossibilité où sont les enfants d'expliquer les signes subjectifs qu'ils ressentent, expliquent assez la difficulté sinon l'impossibilité du diagnostic.

Néanmoins M. d'Astros (1), après avoir observé quelques cas de tubercules, et un cas de gliome du cervelet, a essayé de donner un aperçu symptomatique des tumeurs de cet organe. Le début est insidieux, marqué seulement par de la céphalalgie et quelques accès de vomissements ; ensuite apparaissent l'incoordination motrice et les troubles de l'équilibration. En même temps se montrent des troubles de la vue causés par une névrite optique double qui entraîne l'atrophie de la pupille. L'hydrocéphalie existe assez fréquemment ainsi que des phénomènes d'excitation cérébrale : convulsions épileptiformes et contractures musculaires.

Nos observations se décomposent de la façon suivante au point de vue histologique :

Sarcomes	5
Myxo-sarcomes	3
Gliosarcomes	2
Gliomes	2
Myxome	1

(1) *D'Astros*. Rev. mal. enfance, mai 1894.

Nous n'avons pas rencontré d'exemple de chloroma (cancer vert d'Aran). Cette tumeur ne se développe pas d'ailleurs aux dépens de la dure-mère, comme le croyait Aran, mais aux dépens du périoste des os du crâne. Elle n'est pas non plus spéciale à l'enfant puisqu'on ne trouve que 5 cas au-dessous de 10 ans sur le total de 14 cas réunis par Lang (1).

On tend aujourd'hui à regarder les gliomes purs comme pouvant être de nature inflammatoire. Nous citons ici l'opinion de M. Audry (2), sur ce sujet. « Les sarcomes névrogliques ou gliomes, sont souvent fort mal définis au point de vue histologique, et peuvent s'accommoder d'une survie très prolongée. C'est ainsi que William Osler (*The Amer. Journ. of the Med. Sc.*, 1885) a vu un gliome n'entraîner la mort qu'à l'âge de 15 ans, alors qu'il datait probablement de la seconde année de l'enfance.

D'autre part il paraît bien avéré que l'affection décrite par MM. Bourneville et Brissaud (*Arch. neurologie*, 1881), sous le nom de sclérose hypertrophique, n'est que le résultat d'un envahissement de l'encéphale par des noyaux gliomateux. (P. Marie.)

Pour quelques auteurs allemands (Meyer et Rayer, cités dans les *Arch. neurologie*, 1884), le gliome n'est quelquefois qu'un simple échelon dans l'échelle des

(1) *Lang*. Archives gén. de médecine, 1893, t. II, p. 565.
(2) *Audry*. Lyon médical, 1888, t. LIX, p. 73.

encéphalites et des myélites dont il peut être l'aboutissant.

A côté de ces gliomes bénins et dont la nature inflammatoire peut être soupçonnée, il en est d'autres qui prennent une allure maligne, ce sont ceux que l'on appelle gliosarcomes. »

On voit d'après cela que les gliosarcomes et les sarcomes doivent seuls être considérés comme néoplasmes malins.

Leur évolution est extrêmement rapide; la tumeur peut envahir les diverses parties de l'encéphale et de plus elle peut perforer le squelette du crâne et venir faire saillie soit dans les fosses nasales et le pharynx (cas de Breton), soit en un point quelconque de la calotte cranienne (cas d'Ehrhardt).

Nous ne nous attarderons pas à faire ressortir la gravité de la lésion et l'inutilité absolue de tout traitement.

Les autres parties du système nerveux sont très rarement atteintes par le néoplasme. Nous rapportons à titre de curiosité une observation de tumeur de la moelle et une de tumeurs des nerfs périphériques, bien que dans cette dernière il s'agisse de fibromes.

OBSERVATION VIII

Tumeur pédiculée du canal de l'épendyme ayant causé un spina bifida dorsal. — (Pilliet. Comptes rendus de la Société de Biologie, 1888, p. 752.)

Il s'agit d'un enfant né le 25 août 1886 et porté dans le service du docteur Sevestre, aux Enfants assistés. Il était pâle, maigre, hydrocéphale et portait au niveau de la partie moyenne du dos une tumeur du volume d'une mandarine, fluctuante, remplie d'un liquide transparent ainsi qu'on put s'en assurer par deux ponctions.

La réduction de la tumeur provoquait des cris et des convulsions légères.

En fév. 1887, l'enfant présente des signes de syphilis héréditaire : coryza, fissures labiales, papules arrondies et cuivrées du scrotum, gommes de la cuisse et du dos.

La tumeur augmente de volume, elle devient grosse comme une orange, la peau qui la recouvre est lisse, tendue et ne tarde pas à s'ulcérer.

L'enfant maigrit, se cachectise, meurt athrepsique le 16 mai 1887.

Dissection de la moelle et de la tumeur.

La moelle est très diminuée de volume, se continue au dessous de la tumeur.

Le canal de l'épendyme est dilaté au dessus de la tumeur, à son niveau il fournit un prolongement qui s'insinue dans la tumeur et y forme un petit kyste.

La tumeur dans sa portion externe adhère aux méninges de la racine postérieure de la corne droite et à cette racine avec

laquelle elle est en continuité de tissu; elle présente à considérer en ce point, une mince bande n'ayant pas les caractères du reste du néoplasme.

Cette bande est constituée par du tissu fibro-adipeux avec des fibres musculaires striées dispersées en faisceaux grêles et de nombreuses artérioles formant par places de véritables petits îlots d'angiome. Des faisceaux nerveux, représentant sans doute la racine postérieure, traversent ce tissu. Le reste de la tumeur est formé de deux masses mamelonnées formées de tissu névroglique aréolaire, creusé de vacuoles, parcouru par un réseau de capillaires fins. On y voit en quelques points des amas de cellules araignées, quelques-unes sont nucléées et fort difficiles à distinguer des cellules nerveuses vraies.

En résumé, en négligeant les fibres striées et le tissu adipeux qui sont accessoires, la tumeur est névroglique.

Rayer a publié une observation analogue dans les *Comptes rendus de la Soc. de Biologie*, 1863.

OBSERVATION IX

Fibromes multiples des nerfs d'origine congénitale.— (Hallopeau. *Annales de Dermatologie*. Analysée dans *Revue* d'Hayem, 1890, t. XXXV, p. 213.)

Les tumeurs d'origine congénitale avaient pris un développement assez considérable depuis 8 ans chez un malade qui en portait un grand nombre dans toutes les régions. Leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'une noisette. La peau à leur niveau est violacée, quelquefois couverte de poils, elles

sont fermes, de consistance variable, un peu douloureuses à la pression ; elles s'accompagnent de taches pigmentaires.

Darier a constaté que ces néoplasmes sont constitués par une hyperplasie interfasciculaire du nerf dont les tubes sont dissociés sans être altérés ; il s'agit de fibromes des nerfs. D'autres tumeurs intra-dermiques ont simplement la structure du molluscum fibrosum.

TUMEURS DU SYSTÈME NERVEUX

Nos	Nom de l'Auteur	Age	Sexe	Siège de la tumeur	Nature de la tumeur	Observations
1	*Broadbent*. Lancet, 1871, t. II, p. 852.	2 ans	?	Cervelet	Gliome	
2	*X*... Archiv. génér. méd. 1840, t. VII.	12 ans	M	Hémisphère gauche	Cancer	
3	*Lebreton*. Soc. anat. 1867..........	16 ans	M	Quatrième ventricule	Sarcome	
4	*Caust*. Th. Duzan, 1876, p. 49......	7 ans	F	Cervelet	Myxosarcome	
5	*Pilliet*. Soc. anat. 1889, p. 425	21 mois	F	Encéphale	Névrome atyp.	Hydrocéphalie
6	*Caussade*. Soc. anat. 1889, p. 299...	5 ans 1/2	M	Cervelet	Sarcome	
7	*D'Astros*. Rev. mal. enf., mai 1894.	7 ans	M	Cervelet	Gliome	Hydrocéphalie
8	*Booth*. New-York, acad. of med., fév. 1889.......................	10 ans	?	Cervelet	?	
9	*Hutchinson*	15 mois	?	Cervelet	Sarcome	
10	*Peabody*. New-York, med. Record., 26 juin 1895....................	3 ans	M	Cervelet	Sarcome	Mère sarcomateuse
11	*Vélimirowitch*. Soc. anat. 1891, p. 250	10 mois	F	Cervelet	?	Hydrocéphalie congénitale

12	*Ehrhardt*. Soc. anat., 1890, p. 26..	5 mois	?	Lobe occipital	Myxome	La tumeur simulait une meningocèle. Enf suspect de syphilis.
13	*Starr*. Rev. d'Hayem, t. XXXVI, p. 577	21 mois	?	Pédoncules cérébraux	Myxosarcome	
14	*Audry*. Lyon méd. 1888, t. LIX, p. 74.	6 ans	M	Glande pituitaire	Gliosarcome	
15	*Mirinescu*. Rev. mal. enf., fév. 1894	11 ans	F	Glande pituitaire	Sarcome	Généralisation
16	*Henoch* Cité ds Lyon méd , 1888, t. LIX..........................	6 ans	F	Lobe sphénoïdal	Myxosarcome	
17	*Græfe*. Cité ds Lyon méd., 1888, t. LIX..........................	3 ans	M	Région du chiasma	?	
18	*Pilliet*. Comptes rendus Soc. Biologie, 1888, p. 752	Congén.	?	Moëlle-épendyme	Tumeur névroglique	Avait provoqué spina bifida dorsal.
19	*Hallopeau*. Anal. Rev. d'Hayem, 1890, t. XXXV, p. 213......	8 ans	?	Nerfs périphériques	Fibromes	
20	*Breton*. Rev. mal. enf., sept. 1892.	5 ans	F	Dure-mère	Gliosarcome	

V. — Tumeurs du cœur.

Les tumeurs malignes primitives du cœur sont excessivement rares chez l'enfant. A part l'observation douteuse de Billard (1), qui aurait trouvé un squirrhe dans le cœur d'un enfant de trois jours, il n'en existe, croyons-nous, pas d'exemple.

On a rencontré, il est vrai, quelques tumeurs cardiaques primitives ayant vraisemblablement été la cause de la mort des enfants qui en étaient atteints. Mais ces tumeurs sont histologiquement bénignes et leur malignité dans ces cas dépendait uniquement de leur siège. Nous nous contenterons de les signaler et il ne saurait entrer dans notre sujet de publier longuement ces observations. Il s'agissait dans les cas de Recklinghausen (2), et de Virchow (3), de myome caverneux congénital. Dans celui de Kantzow et Virchow (4), la tumeur paraissait de même nature,

(1) *Billard.* Cité dans le dict. Dechambre, art. « cœur », p. 676.
(2) Cité dans Virchow Archiv, 1864, t. XXX, p. 468.
(3) *Idem.*
(4) Virchow Archiv, 1866, t. XXXV, p. 211.

mais le fœtus de 8 mois, à l'autopsie duquel elle fut trouvée, présentait tous les signes de la syphilis héréditaire.

Dans quelques observations publiées sous le titre de tumeur du cœur, il ne s'agit que d'un noyau néoplasique secondaire développé à la suite d'une tumeur primitive d'un autre organe.

Le muscle cardiaque paraît d'ailleurs beaucoup plus exposé que les autres aux métastases. Dans un certain nombre d'observations, en effet, on a signalé dans cet organe des nodules néoplasiques secondaires, alors que tous les autres muscles étaient indemnes.

L'observation ci-dessous est un exemple remarquable d'infiltration sarcomateuse du cœur, consécutive à un sarcome testiculaire.

OBSERVATION X

Sarcome du testicule généralisé au cœur, endocarde, épicrâne, périoste du tibia chez un enfant de 8 mois. — (Deffaux. *Bull. Soc. anatomique,* 1872, p. 355.)

Vers la fin de juin 1872, on amène à la consultation de l'hôpital des Enfants, un petit garçon de huit mois, portant une quantité prodigieuse de petites tumeurs développées depuis cinq semaines.

Les testicules qui ont, au début, attiré l'attention de la mère, ont acquis chacun le volume d'une très grosse noix. Ils sont durs, irrégulièrement bosselés. Les bourses présentent dans leurs parois de petits noyaux indurés.

La verge, du volume d'un doigt d'adulte, présente une induration très marquée vers sa racine. Chaque paupière est le siège d'un noyau dur de forme allongée et de la grosseur d'un haricot.

Dans la bouche, on constate la présence d'une tumeur du même genre, située sous la voûte palatine et paraissant émerger du sinus maxillaire.

Le cuir chevelu renferme un grand nombre de petites tumeurs aplaties ; l'une d'elles, plus volumineuse, siège au niveau de la tempe droite.

Les pieds et les mains sont déformés, les doigts ont absolument la forme de fuseaux superposés.

En explorant toute la surface du corps, on trouve de nombreuses petites tumeurs dans le tissu cellulaire sous-cutané. Deux, surtout, sont assez développées au niveau des mamelons.

Le père, vigoureux, âgé de 32 ans, a eu la syphilis. La mère a 24 ans et n'a jamais été malade.

L'enfant est né à terme et a été élevé au sein par la mère.

Les tumeurs augmentent rapidement de volume et l'enfant meurt le 9 juillet.

Autopsie. — Les tumeurs du tissu cellulaire paraissent très diminuées de volume.

Autour des os, le périoste est épaissi, il l'est surtout (4 à 5^{mm}) autour du tibia droit.

Crâne. — Les tumeurs siègent dans le périoste et ne font pas corps avec l'os.

Le péricarde contient un peu de sérosité ; le cœur, sur toute sa surface, mais vers l'oreillette droite et la base du ventricule droit, est couvert de petites tumeurs du volume d'une lentille : on en compte 20 à 25. Il existe de petites granulations de même nature sur l'endocarde et les piliers valvulaires.

Endocardite manifeste de la valvule mitrale.

Rien aux autres viscères.

Examen microscopique (Ranvier). — A porté sur les testicules, les granulations du cœur, les tumeurs du cuir chevelu et le périoste du tibia. Partout on a trouvé les éléments du sarcome.

VI. — Tumeurs de l'appareil respiratoire.

Fosses nasales. Larynx. Poumons et plèvres. Médiastin. Thymus.

L'appareil respiratoire ne paraît être chez l'enfant que rarement atteint de néoformations malignes. Dans la statistique de M. Picot, nous n'en trouvons que dix cas se décomposant de la manière suivante : larynx trois cas, poumons cinq cas, médiastin deux cas.

Les tumeurs secondaires s'observent beaucoup plus fréquemment ; en effet sur les treize cas de tumeurs pulmonaires réunis par Duzan, il s'agit d'elles neuf fois. Le cas de Siefert (1) est encore un remarquable exemple de métastase pulmonaire.

(1) *Siefert.* Jahrbuch fur Kinderheilkunde, N. F.. t. XVII. Sarcome secondaire du poumon consécutif à un sarcome de la cuisse chez une fille de 12 ans.

De tous les organes qui par leur réunion forment l'appareil respiratoire, il n'en est pas un seul qui soit complètement à l'abri des tumeurs malignes. Toutefois les *fosses nasales* paraissent jouir d'une immunité relative, au moins pendant la première enfance. Le cas le plus précoce de tumeur nasale que nous ayons pu rencontrer est celui de M. Quarry Silcolk. Il concerne un enfant de 15 ans porteur d'une tumeur volumineuse ayant envahi presque toute la face. Cette tumeur avait son point de départ dans les fosses nasales et fut microscopiquement reconnue comme étant de nature épithéliale.

Il ne saurait entrer dans notre sujet de parler des polypes fibreux naso-pharyngiens qui sont d'observation courante dans l'adolescence. Ces polypes, il est vrai, prennent parfois les allures envahissantes des néoplasmes malins ; mais leur régression habituelle vers l'âge de 20 ans et leur guérison survenant parfois après des opérations incomplètes suffisent à les en différencier cliniquement.

Le *larynx* est plus souvent que les fosses nasales atteint de cancer. Dans les deux observations que nous avons trouvées dans la littérature, la nature épithéliale de la tumeur avait été reconnue au microscope. Les jeunes malades étaient âgés respectivement de 6 mois et de 6 ans.

La marche de l'affection est relativement lente, surtout si on la compare aux laryngites ordinaires de l'enfance. De plus, l'aphonie, la dyspnée progressive, le dépérissement, l'amaigrissement des petits malades

en même temps que le début insidieux de l'affection et le manque de phénomènes généraux aigus peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Si l'on n'intervient pas, la mort arrive à la suite d'accès de suffocation, ou par les progrès de l'asphyxie. La trachéotomie n'est qu'un moyen palliatif ne pouvant accorder qu'une survie de peu de durée.

L'extirpation du larynx qui, seule, pourrait amener la guérison de la maladie, ne nous paraît offrir que peu de chances de succès à cause de la gravité du traumatisme qu'elle nécessite.

OBSERVATION XI

Cancer épithélial du larynx chez un enfant de 8 mois. — (Dufour. Société anatomique, 1865. Rapportée dans la thèse de Duzan, Paris, 1876, p. 62.)

X..., née le 8 janvier 1864. Accouchement et vaccination ne présentèrent rien de remarquable.

8 septembre 1864. La respiration s'accompagne de sifflement assez bruyant pour empêcher le sommeil des parents.

Les accès de sifflement et de suffocation duraient huit à dix heures.

Cris impossibles, pas de cyanose ; murmure vésiculaire à peine perceptible, pas de râles, rien au cœur. Dépérissement, surtout depuis huit jours.

15 octobre. Dyspnée excessive, asphyxie imminente.

17 novembre. Consultation avec M. Bergeron, qui regarde la mort comme imminente.

27. Consultation avec M. Barthez. Même pronostic.

12 décembre. Œdème des membres inférieurs.

29. L'œdème a disparu, légère amélioration, accès de suffocation violents jusqu'au 15 janvier. Dans la nuit, après quelques accès de suffocation, l'enfant peut têter ; elle s'endort et meurt sans s'être réveillée.

Autopsie faite avec M. Bergeron.

Poumons et cœur sains.

Larynx fermé par une masse d'un blanc laiteux, il existe en arrière un petit pertuis encore perméable d'un millimètre de diamètre environ.

La tumeur occupe l'espace circonscrit par les cordes vocales supérieures et inférieures. Apparence mamelonnée.

M. Robin constate, au microscope, que cette tumeur est entièrement formée de cellules épithéliales pavimenteuses.

Les tumeurs du *poumon* que l'on rencontre dans le jeune âge appartiennent à des catégories histologiques distinctes. Dans l'une des deux observations que nous signalons plus loin il s'agissait d'un sarcome, dans l'autre la tumeur était un carcinome.

Comme on pourra aisément s'en convaincre en parcourant ces observations, les symptômes que présentèrent les enfants furent très différents.

Tandis que dans le cas de Mirinescu, la maladie sembla débuter par une pneumonie et affecter dans la suite les allures d'une pleurésie métapneumonique, dans celui d'Aldowie la petite malade ne présenta que des symptômes pulmonaires tout à fait banals qui ne pouvaient faire supposer la cause de son dépérissement progressif.

L'enfant ne fut d'ailleurs examiné que par hasard à l'occasion d'une maladie de la mère ; on voit par là avec quelle facilité les cas semblables passent inaperçus.

Nous ajouterons que les tumeurs pulmonaires étaient multiples et que les plèvres, très épaissies, étaient unies par une symphyse presque totale. Disons enfin qu'une fois on trouva quelques ganglions cervicaux petits et durs.

OBSERVATION XII

Sarcome primitif du poumon chez une enfant de 14 ans. Mort. Nécropsie. par D Mirinescu et I. Baroncea. — (*Rev. des maladies de l'enfance,* fév. 1894.)

Ana Fampa, hongroise, âgée de 14 ans. admise le 2 mai dans le service du docteur Fomesco. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ; au dire de la mère, un oncle maternel aurait succombé au cancer. Aucune tare syphilitique ou tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par sa mère, sevrée à 12 mois. Elle fit sa première dent à 8 mois, commença à parler à 1 an, à marcher à 13 mois. Otite suppurée dans sa première enfance ; plus tard elle eut des accès de fièvre intermittente. Pas réglée.

Il y a trois mois, l'enfant ressentit un violent point de côté à droite du thorax accompagné de fièvre, de toux avec expectoration sanguinolente.

L'enfant fut présentée à plusieurs reprises à la consultation

où l'on vit les phénomènes thoraciques s'amender, mais l'état général s'aggravant, les parents l'ont amenée à l'hôpital.

Etat actuel. — Facies pâle, pommettes roses, cheveux rouges, tissu musculaire et osseux assez développés. A la région cervicale, quelques ganglions petits, durs, indolores. La sensibilité générale, spéciale et l'intelligence sont normales. Le thorax bien conformé ; rien de particulier à l'inspection et à la palpation.

Par la percussion on trouve une matité presque absolue vers les parties déclives et postérieures du côté droit, de la submatité dans les régions sus et sous-épineuses, la même chose dans la région sous-claviculaire droite A la base droite des frottements pleuraux ; au niveau de la bifurcation de la bronche droite, un souffle tubaire à timbre caverneux, le murmure respiratoire très affaibli et rude ; pas le moindre bruit anormal sur toute la surface du poumon droit. La toux est coqueluchoïde et l'expectoration muqueuse. Pour le poumon gauche, rien d'anormal. Le rythme cardiaque, les bruits valvulaires et le pouls sont normaux. Langue légèrement saburrale, appétit diminué, alternatives de diarrhée et de constipation, déglutition normale. Aucune particularité du côté du ventre, urines normales. L'examen bactériologique des crachats fait à plusieurs reprises a été négatif, les ponctions exploratrices pratiquées dans les différentes zones de matité restent blanches. La température oscille entre 38° et 39°.

Les phénomènes se sont maintenus dix-huit jours environ : au bout de ce temps, l'enfant émaciée toussait davantage, la toux était devenue tout à fait coqueluchoïde, l'expectoration muco-purulente, la fièvre se maintenait au même degré. Sans grandes oscillations, la matité augmenta en étendue et en intensité vers les parties supérieures du poumon droit en avant et en arrière, envahissant ainsi les régions inter-scapulaires et rétrosternales, le souffle avait pris le timbre presque caverneux. Le murmure respiratoire était plus affaibli et rude, pas le moindre bruit anormal.

Rien à gauche.

Le 12 mai, on entend à la base du poumon gauche des frottements pleuraux, l'espace de Traube est conservé. Le 15 mai, apparaissent des phénomènes de compression : légère cyanose de la face et un peu d'œdème. Circulation complémentaire vers la région antérieure du sternum, légère raucité de la voix et de la dyspnée. Les phénomènes de compression du pneumogastrique, du phrénique et du récurrent s'aggravent de plus en plus, l'enfant a d'épouvantables accès dyspnéiques paroxystiques et intermittents comme des accès d'asthme et une dysphonie accentuée.

Les accès deviennent subintrants et la malade succombe le 8 juin au milieu d'un accès.

Nécropsie par M. le professeur Babès, une heure après la mort.

A l'ouverture du thorax, on trouve une symphyse pleurale droite totale qui rend difficile la séparation des plèvres. La plèvre viscérale est soulevée par de nombreuses tumeurs de différentes grandeurs, d'une couleur blanc jaunâtre, de consistance pulpeuse ; par raclage on retire un suc lactescent crémeux. Ces tumeurs envahissent toute la masse du poumon au centre duquel, par leur ramollissement, elles forment une vaste caverne pleine de matière puriforme. Les tumeurs s'avancent jusque dans le médiastin sans entamer le poumon gauche, lequel est congestionné par places.

Par les bronches s'écoule un liquide purulent. Dans la plèvre gauche, un peu de liquide citrin et des adhérences pleurales.

Les ganglions médiastinaux et bronchiques sont peu augmentés de volume. Aucune lésion dans le reste du corps.

Le diagnostic anatomo-pathologique fut sarcome primitif du poumon droit.

L'examen histologique démontra qu'il s'agissait réellement d'un sarcome à cellules embryonnaires et fusiformes ayant son point de départ dans le tissu conjonctif des cloisons et dans les alvéoles.

Réflexions. — L'importance de l'observation que nous publions résulte de la rareté du sarcome et surtout primitif du poumon chez l'enfant et de la difficulté du diagnostic.

En terminant faisons remarquer le fait d'un sarcome primitif du poumon développé à la suite d'une pneumonie, car nous croyons que cette fille a fait au mois de janvier une pneumonie.

C'est bien étrange d'admettre que le sarcome ait débuté brusquement et avec un pareil cortège symptomatique.

Les tumeurs du *médiastin* doivent, chez l'enfant surtout, être divisées en deux variétés selon qu'elles se développent dans le médiastin proprement dit ou dans le thymus.

Non seulement ce dernier organe peut, avant son atrophie, être le siège de tumeurs ; mais il est encore possible que des tumeurs se développent soit chez l'enfant, soit même chez l'adulte dans les vestiges anormalement conservés de cet organe.

Ce dernier fait est prouvé par les observations de Soderbaum (1) et Bridigi (2), qui trouvèrent chez des adultes de 22 et 29 ans, des tumeurs manifestement développées dans des thymus incomplètement atrophiés.

---

(1) Cité dans le Dict. Dechambre, art. « Thymus », p. 450.
(2) Idem.

Le cas publié par Steudener (1), nous intéresse davantage à cause du jeune âge du patient. Cet auteur rapporte l'observation d'un enfant de 1 an qui fut emporté en quelques jours par une pneumonie ; et à l'autopsie duquel on trouva outre les lésions ordinaires de la pneumonie, une tumeur intra-thoracique. Celle-ci se trouvait à l'endroit du thymus, était encapsulée et atteignait le volume d'une pomme.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes. La tumeur, très vasculaire, était hémorragique par places.

Le médiastin proprement dit est, plus souvent que le thymus, le point de départ des tumeurs. Celles-ci, toujours de nature sarcomateuse, s'accompagnent de symptômes très divers, variables avec le siège et les rapports de la tumeur.

Quelquefois, comme c'est le cas dans l'observation de Money, les organes voisins : cœur, foie, diaphragme, peuvent être déplacés ; et le poumon, par suite de la compression exercée par la tumeur, présente les signes d'une atélectasie étendue.

OBSERVATION XIII

Sarcome du médiastin chez un enfant de 15 mois. — (Angel Money. Communication à la *Pathological Society of London*. Dans le *British medical Journal*, 1888, t. II, p. 1047.)

Le docteur Money présente à la Société un spécimen rare de

(1) *Steudener*. Virchow Archiv, 1874, t. LIX, p. 423.

sarcome qui s'était développé dans le médiastin postérieur. Il était gros comme le poing d'un homme et était situé principalement dans le côté droit du thorax, s'étendant depuis la 5e vertèbre dorsale jusqu'au diaphragme. Il occupait le quart du volume total de la cavité thoracique et avait occasionné une atélectasie considérable du poumon. Il repoussait le cœur, l'aorte et les veines caves en avant et abaissait le foie. La colonne vertébrale était intacte.

Pendant la vie, les symptômes étaient ceux des atélectasies étendues des poumons ; les signes physiques consistaient en une forte matité occupant la moitié inférieure droite du thorax avec une absence complète du murmure vésiculaire.

Partout ailleurs on pouvait entendre des râles de bronchite. Une ponction exploratrice faite au niveau de la partie mate montra qu'elle était due à un tissu dense et solide. On ne put retirer aucune goutte de liquide.

L'examen microscopique fit voir que la tumeur n'était autre qu'un sarcome à cellules rondes sans aucune trace de tissu musculaire strié.

Mentionnons enfin l'existence des tumeurs de la *plèvre* ; nous publions ici l'unique observation que nous possédons de néoplasme de cette séreuse.

OBSERVATION XIV

Sarcome de la plèvre chez un enfant de 7 ans. — (Hofmokl. Communication à la Société de méd. de Vienne, 14 novembre 1884. *Semaine médicale,* 1884, p. 457.)

M. Hofmokl présente un sarcome de la plèvre provenant d'un

enfant âgé de 7 ans, chez lequel l'affection a débuté par les symptômes et a suivi la marche d'une pleurésie. En raison des grandes douleurs du malade, on se décida à pratiquer la thoracentèse, mais, auparavant, on fit deux ponctions exploratrices qui ne donnèrent issue qu'à quelques gouttes de sang. M. Hofmokl diagnostiqua alors une tumeur de la plèvre droite. L'enfant mourut et à l'autopsie on a trouvé une tumeur de la plèvre mesurant 20 centimètres de longueur et 9 centimètres de largeur. La tumeur était accolée à la plèvre et au poumon. Les lobes inférieurs et moyens du poumon droit étaient tout à fait exprimés et vidés d'air. Il n'y avait pas de ganglions.

L'examen microscopique a permis de constater qu'il s'agissait d'un sarcome endothélial.

Nos	Nom de l'Auteur	Age	Sexe	Nature et siège de la tumeur	Terminaison	Observations
1	*Quarry Silcolk*. Trans. Pat. Soc., London 1892, t. XLIII, p. 164...	15 ans	M	Epithelioma — Fosses nasales	Mort	Le néoplasme avait envahi toute la face.
2	*Hawkins*. In thèse Chauveau......	4 ans	M	Cancer? — Narine gauche	Mort	Néoplasme secondaire de la colonne vertébrale.
3	*Steiner*. Jarh. f. Kinderh. 1868, p. 317	6 ans	?	Epithelioma — Larynx	Mort	
4	*Dufour*. Soc. anat 1865...........	8 mois	F	Cancer épithel. — Larynx	Mort	
5	*Mirinescu*. Rev. mal. enf., fév. 1894	14 ans	F	Sarcome — Poumon	Mort	
6	*Aldowie*. Lancet, 1876, t. II, p. 570..	5 m. 1/2	M	Carcinome — Poumon	Mort	
7	*Hofmokl*. Sem. méd. 1884, p. 457..	7 ans	?	Sarcome — Plèvre	Mort	
8	*Money*. Brit. med. Jl, 1888, t. II, p. 1047........................	15 mois	?	Sarcome — Médiastin	Mort	Déplacement des organes intra thoraciques
9	*Steudener*. Virchow's Arch., 1874, t. LIX, p. 423..................	1 an	?	Sarcome hémorragique — Thymus	Mort	

VII. — Tumeurs du tube digestif.

Nous décrirons séparément dans ce chapitre les tumeurs du tube digestif proprement dit et celles des glandes annexes.

Les divers segments qui composent le tube digestif, peuvent devenir le point de départ de tumeurs malignes. La cavité buccale et l'intestin, sont plus fréquemment atteints que l'estomac et surtout que l'œsophage.

Bouche. — Les néoplasmes congénitaux de la langue ont été observés plusieurs fois ; nous ne ferons que mentionner les cas de Poncet (1), et de Ferrando Jacopo (2), dans lesquels il s'agissait de tumeurs bénignes.

Nous ne pouvons malheureusement nous étendre plus longuement sur un cas de sarcome congénital de

---

(1) *Poncet.* Gaz. des hôpitaux, 1888, p. 217. Fibrolipome congénital de la langue.

(2) *Ferrando-Jacopo.* Arch. Ital. di Pediatria, 1889, n° 5. Lipome multiple congénital de la langue.

la langue publié par Jacobi (1), et que nous n'avons pu nous procurer.

Les tumeurs qui se développent pendant les premières années appartiennent exclusivement à la série conjonctive. L'épithélioma n'a été observé que plus tard, vers la cinquième année (2). On rencontre encore sur la langue des papillomes, néoformations mal définies histologiquement, mais cliniquement malignes. (De Saint-Germain) (3).

Les tumeurs de la langue sont découvertes de bonne heure à cause de la gêne qu'elles apportent dans la succion et la mastication ainsi que dans l'articulation des sons.

Dès que le diagnostic est posé il faut intervenir chirurgicalement, surtout s'il s'agit d'un papillome ou d'un sarcome.

L'épithélioma dont M. Variot (4) a publié l'observation, fut traité par des cautérisations à l'acide chromique. Nous ne savons ce qu'il en est advenu, le résultat donné par ce traitement n'a pas encore été publié.

Nous ne parlerons pas ici des tumeurs des lèvres que nous avons rangées avec celles de la peau.

---

(1) *Jacobi.* American Journal of obstetric, 1869. Sarcome congénital de la langue.

(2) *Guelliot.* Union médicale nord-est, 1891. Epithelioma de la langue chez une fillette de 4 ans.

(3) *De Saint-Germain.* Rev. mal. enf., 1888, p. 316. De quelques affections chirurg. de la langue chez les enfants.

(4) *Variot.* Journal de clinique et thérapeutique infantiles, 26 avril 1894.

Les tumeurs des dents : épulis, odontomes, sarcomes à myéloplaxes (1), ne sont pas rares chez l'enfant. Nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps à cause de leur évolution bénigne. Nous relatons ici une observation d'épithélioma congénital développé dans les restes de l'organe adamantin. Elle est intéressante en ce qu'elle confirme les opinions de M. Malassez (2), sur le rôle que jouent ces débris épithéliaux dans la formation des tumeurs des gencives. Cet auteur a d'ailleurs rapporté plusieurs cas d'épulis épithéliales chez des enfants, entre autres un cas d'épulis épithéliale glandulaire chez une enfant de deux ans et demi.

OBSERVATION XV

Un cas d'épithélioma congénital développé aux dépens de l'organe adamantin. — (Massin. *Virchow's Arvhiv.*, 1894, t. CXXXVI.) — Traduction inédite.

Le 15 février 1893, une primipare de 19 ans accoucha à la maternité de Saint-Pétersbourg d'une fille bien développée et pesant 3.150 grammes.

A l'examen de l'enfant on découvrit deux tumeurs qui sortaient

---

(1) *De Fortincet.* Revue de chirurgie, 1888, p. 800. Epulis à myéloplaxes chez un enfant de 9 ans.

(2) *Malassez.* Archives de physiologie, 1885, t. VI, p. 390.

de la cavité buccale et qui, soulevant la lèvre supérieure, empêchaient la fermeture de la bouche de se faire complètement.

A un examen plus minutieux on vit que les tumeurs provenaient du bord de la gencive de la mâchoire supérieure.

L'une des tumeurs avait le volume d'un gros haricot, l'autre celui d'une cerise. Les tumeurs étaient recouvertes de muqueuse d'apparence normale, de consistance ferme, indolentes, ne saignaient pas et étaient attachées par un large pédicule. Comme elles gênaient la fermeture de la bouche et empêchaient l'enfant de prendre le sein, on décida de les enlever par une opération qui fut pratiquée le quatrième jour après la naissance.

L'opération fut faite sans narcose, très facilement et sans causer de douleurs. Après avoir placé une ligature à la base des tumeurs, on les enleva avec des ciseaux. Pas d'hémorragie.

A la coupe le tissu de la tumeur était de couleur rosée et de consistance compacte. Le même soir l'enfant prit le sein et trois jours après la mère retourna chez elle avec son enfant tout à fait bien portant. Les pédicules des tumeurs paraissaient un peu rentrés dans la gencive.

L'intérêt de ce cas, sans tenir compte des particularités cliniques qui rendaient l'opération nécessaire, réside dans la structure caractéristique des tumeurs enlevées. C'est ce qui nous fait publier cette observation.

La consistance de la tumeur, la couleur rosée de la muqueuse qui la recouvrait, cette même couleur du tissu de la tumeur, à la coupe, nous permettaient de croire à priori que nous avions affaire à un fibrome congénital de la gencive.

Cependant l'examen microscopique montra que la tumeur tout entière était principalement formée d'éléments épithéliaux.

Il n'est pas fait mention des tumeurs de l'*œsophage*,

même secondaires, dans les statistiques de Duzan et de Picot.

Stephan a publié depuis un cas resté isolé de sarcome de l'œsophage. L'enfant avait présenté pendant la vie les symptômes d'un anévrisme du cœur ou des gros vaisseaux.

OBSERVATION XVI

Sarcome de l'œsophage chez un garçon âgé de 4 ans. — (D. Stephan. *Jahrbuch fur Kinderh* t. XXX, fasc. 3 et *Rev. mal. enfance*, 1890, t. VIII, p. 471)

Un petit garçon âgé de 4 ans se plaignit fréquemment, à partir des premiers jours du mois de mai, d'une douleur sourde dans le voisinage de l'ombilic. Vers la fin du même mois, ces douleurs abdominales firent place à des difficultés de la déglutition accompagnées de douleurs vives au niveau du cou et à des vomissements répétés qui survenaient immédiatement après l'ingestion des aliments. Le passage des liquides s'opérait en général avec moins de difficultés que celui des aliments solides. L'enfant s'alimentant de moins en moins par suite des douleurs qui accompagnaient chaque mouvement de déglutition, bien que l'appétit fût parfaitement conservé, on put constater au bout de peu de temps les symptômes d'une anémie profonde, avec un peu d'œdème des extrémités et un facies cachectique bien caractérisé. De chaque côté du cou et au dessus du sternum, il existait des pulsations très marquées, les artères temporales, radiales et crurales battaient également avec force. Au niveau du cœur, la paroi du thorax formait une voussure accentuée et la matité précordiale était notablement accentuée. Les veines de la région

sous-claviculaire du même côté étaient fortement distendues et faisaient saillie sous la peau. A la place du choc normal de la pointe du cœur on pouvait constater une sorte de pulsation intense et diffuse. Le pouls était faible, régulier, les pulsations au nombre de 100 à 110 à la minute; il n'y avait aucune différence entre les deux pulsations radiales. Pas de fièvre.

A l'auscultation du cœur on entendait, à la place des deux temps normaux, un souffle systolique, aussi intense en avant qu'en arrière du thorax et qui se propageait jusque dans le cou. Rien d'anormal du côté des poumons, du foie, de la rate, des urines.

Il n'existait aucune tumeur dans le voisinage du cou, ni aucune tuméfaction ganglionnaire. La colonne vertébrale ne parut également présenter aucune modification pathologique.

Le petit malade succomba le 8 décembre avec des phénomènes de cachexie de plus en plus prononcés et après avoir présenté pendant les derniers jours qui précédèrent la mort des symptômes de dyspnée intense.

Quel pouvait être le diagnostic de cette maladie ? L'auteur rejette successivement l'idée d'un rétrécissement de l'œsophage par suite de l'ingestion d'un liquide corrosif, de la périœsophagite par un corps étranger ou consécutive à une inflammation du tissu cellulaire périœsophagien, d'un abcès rétropharyngien, d'une tuméfaction ganglionnaire ayant comprimé l'œsophage.

Il n'admet pas davantage une adénopathie des ganglions bronchiques dans le médiastin postérieur, ces tuméfactions ganglionnaires n'étant jamais idiopathiques et absolument primitives.

Suivant lui, il s'agissait soit d'une tumeur siégeant dans la moitié gauche du thorax et ayant comprimé l'œsophage, soit d'une dilatation anévrysmale du cœur ou des gros vaisseaux.

A l'autopsie, on trouva sur l'œsophage un lymphosarcome

qui avait envahi la muqueuse et certaines portions de la couche musculaire de cet organe sur presque toute son étendue. Les ganglions bronchiques et tous les organes avoisinants étaient complètement indemnes.

L'*estomac*, cet organe préféré du cancer chez l'adulte, n'est pas tout à fait à l'abri de cette redoutable affection dans le jeune âge.

Il n'en existe que cinq cas observés avant l'âge de 15 ans ; il faut y ajouter deux cas discutables.

L'observation la plus remarquable est celle de Cullingworth dans laquelle il s'agit d'une tumeur épithéliale du pylore, trouvée à l'autopsie d'un enfant de cinq semaines.

Il existe de plus un cas de Leube (1), cancer congénital de l'estomac et un cas de Wilkinson cité par Eichchorst (*Specielle Path. und Therapie*, B. II, p. 182).

Moore (2) a rapporté au cas de carcinome du cardia ayant gagné le foie chez une fille de 13 ans et Scheffer (3) un cas de cancer primitif de l'estomac qui avait secondairement envahi la rate, chez un enfant de 14 ans.

Les observations de Kaulich (4) et de Widerhofer (5)

(1) *Leube*. Ziemssen's Handbuch, 1878, B. 7.
(2) *Moore*. Semaine médicale, 1884, p. 464.
(3) *Scheffer*. Jahrb. fur Kinderheilkunde, 1880, b. 15.
(4) *Kaulich*. Prag. med. Woch., 1864.
(5) *Widerhofer*. Jahrb. fur Kinderh., 1859. Alt. Reihe, t. II.

nous paraissent très douteuses ; dans la première l'auteur ne peut affirmer si la tumeur avait primitivement envahi l'estomac ou un autre organe abdominal ; dans la seconde le néoplasme semble avoir débuté dans le foie et n'avoir envahi l'estomac que par propagation. Scholtz (1) les range à tort, croyons-nous, parmi les tumeurs primitives. Les symptômes observés ne permettent guère de faire le diagnostic. Des vomissements rebelles existaient dans l'observation de Cullingworth. L'hématémèse n'y est pas signalée. elle ne l'est pas davantage dans celle de Moore.

L'affection est rapidement mortelle, la survie fut de un mois dans le cas de Scheffer, et de cinq semaines dans celui de Cullingworth si, comme c'est vraisemblable, la tumeur était congénitale.

OBSERVATION XVII

Carcinome de l'estomac chez une fille de 13 ans. — (Norman Moore. Communication à la *Patholog. Soc. of London*, 10 nov. 1884. *In Semaine médicale*, 1884 p. 466.)

M. Moore a observé un cas de carcinome de l'estomac chez une fille de 13 ans. Les symptômes gastriques étaient peu marqués, l'enfant se plaignait surtout de dyspnée ; elle était d'une

(1) *Scholtz.* Inaug. Dissert., Breslau, 1886. Ueber Magen Krebs in jugendlichen alter.

pâleur extrême et pouvait à peine marcher. Le visage, les bras et les jambes étaient œdématiés.

A la base du cœur on entendait un fort souffle systolique.

Pas d'albuminurie ni d'hématémèse.

A l'autopsie, on trouva un carcinome colloïde du cardia adhérant au foie et mesurant 8 centimètres de diamètre.

Il n'y avait de métastase dans aucun organe. Le cœur était dilaté et contenait plusieurs caillots adhérents. Selon l'auteur, ce cas est le premier où un carcinome de l'estomac ait été diagnostiqué d'une manière indubitable au moyen du microscope, chez un sujet aussi jeune.

La grand'mère de l'enfant est morte d'une tumeur probablement cancéreuse du côlon descendant.

Le cancer de l'*intestin* est plus fréquent chez l'enfance que le cancer de l'estomac. En réunissant les observations que nous avons pu trouver nous arrivons à un total de dix cas. Dans ce nombre ne sont pas compris les néoplasmes du rectum que nous décrirons à part pour nous conformer à l'usage; ainsi que les deux cas de lymphadénome intestinal que nous mentionnons plus loin.

Toutes les portions de l'intestin grêle et du gros intestin paraissent également exposées aux néoformations. Sur neuf cas où le siège de la tumeur est indiqué nous trouvons cinq cas pour l'intestin grêle et quatre cas pour le gros intestin.

Ces tumeurs peuvent être congénitales, tels sont les

cas rapportés par Ahlfeld (1) (carcinome), par Stern (sarcome), par Widerhofer.

Les autres cas ont été observés de 3 à 13 ans.

Les garçons sont un peu plus souvent atteints que les filles.

Histologiquement les tumeurs de l'intestin sont assez différentes. Les sarcomes et en particulier le sarcome à petites cellules rondes, forment la majorité des cas ; les carcinomes viennent ensuite.

Dans le cas de Horn, il s'agit d'un cancer gélatineux ; ceux de Steiner et de Widerhofer, sont décrits comme cancers alvéolaires; celui de Duncan comme squirrhe. Enfin nous mentionnerons deux cas de lymphadénome intestinal publiés par Demange (2).

Les symptômes les plus habituels des tumeurs intestinales sont ceux de l'obstruction. Les accidents d'obstruction peuvent être aigus ; dans ces cas ils amènent la mort à bref délai.

Quelquefois c'est à la suite de la péritonite ou lentement par les progrès de la cachexie que la mort arrive.

La durée de l'affection varie de trois jours (Horn. *Tum. congénit.*) à deux ans et demi. (Obs. II, de Debrunner).

Le diagnostic n'est possible que si la palpation fait découvrir une tumeur ; sans cela il demeure en suspens

---

(1) Pour la bibliographie des T. de l'intestin. Voir le tableau p. 93.

(2) *Demange.* Th. Paris, 1874. Du lymphadénome intestinal, p. 73 et 75.

et incline naturellement vers l'iléus ou l'invagination intestinale.

Le médecin reste désarmé en face de cette affection ; l'intervention chirurgicale même la plus hardie n'ayant aucune chance de succès y cause des métastases ganglionnaires. La création d'un anus artificiel pourra dans quelques cas procurer une légère survie.

OBSERVATION XVIII

Sarcome ulcéreux du jéjunum chez un garçon de 7 ans. — (Bessel-Hagen. *Virchow's archiv.*, 1885, t. XVC, p. 99), traduction inédite.

Le garçon, dont provient l'observation, s'était très bien porté jusqu'au mois de février 1883 et était extrêmement bien developpé pour son âge. Il avait 7 ans et 3 mois, lorsqu'il reçut d'un brutal garçon boucher un violent coup de poing dans le côté droit du ventre. Il commença alors à être malade et à se plaindre de douleurs fréquentes dans l'abdomen. Malgré les bons soins qui lui furent donnés, son abdomen se tuméfiait tous les jours davantage. Peu de temps après, la mère remarqua au niveau du point le plus douloureux et qui correspondait à l'endroit où avait porté le coup une tumeur sous-cutanée, dure et du volume d'une noix. Cette tumeur augmenta très rapidement dans l'espace de quelques semaines.

Bientôt apparurent des vomissements, des douleurs abdominales vives surtout après les repas et exagérées par les mouvements un peu brusques.

Perte d'appétit. Soif intense. Mictions fréquentes et douloureuses. Urine normale. Les selles restaient régulières et se faisaient sans effort ni douleur.

Dans les derniers temps de l'affection, Faiblesse et amaigrissement excessifs. Diarrhée. Selles fréquentes, glaireuses, sanglantes. Ténesme. Météorisme abdominal.

Cachexie. — Fièvre vespérale variant entre 38°5 et 39°4.

Insomnie. — Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas d'ascite.

Examen de l'abdomen (avril 1883). — L'abdomen est fortement distendu surtout à droite. Il mesure 63 centimètres de circonférence et son volume contraste singulièrement avec l'excessive maigreur du reste du corps. Quelques veinosites autour de l'ombilic.

Par le palper et la percussion on sent nettement une tumeur volumineuse, inégale, généralement dure, sensible à la pression et siégeant en grande partie à droite au dessous de l'ombilic. La paroi abdominale est mobile sur la tumeur. Celle-ci se laisse déplacer un peu dans tous les sens.

On arrive de plus à sentir quelques noyaux isolés dans la profondeur de la cavité abdominale.

Le toucher rectal fait découvrir un noyau volumineux situé sur la paroi droite du bassin.

Partout on trouve les ganglions lymphatiques indurés et volumineux. Quelques-uns sont douloureux.

On ne trouve rien au foie, à la rate et aux reins qui sont séparés de la tumeur.

Le diagnostic fut : Sarcomes multiples de l'abdomen avec de nombreuses métastases ganglionnaires,

Toute intervention opératoire fut rejetée à cause des nombreuses métastases qui auraient rendu inutile l'ablation de la grosse tumeur et même la résection d'une anse intestinale.

L'enfant mourut vers le milieu du mois de juin environ quatre mois après le traumatisme et le début de l'affection.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on tombe

directement sur une tumeur volumineuse entourée d'anses intestinales tympanisées qui donne l'impression d'un sarcome. La partie inférieure de l'iléon, le cœcum et le premier coude du côlon, sont unis à la tumeur par des adhérences ; à droite, on voit une circonvolution intestinale dépendant du jéjunum s'enfoncer dans la tumeur.

La tumeur est extraite en masse de l'abdomen, avec les portions de l'intestin grêle qui font corps avec elle. A la coupe, elle paraît comme une énorme dilatation du canal intestinal, grande comme le poing d'un homme. La paroi est lisse à l'extérieur, mais sa surface interne est ulcéreuse.

Les deux poumons sont infiltrés dans les lobes inférieurs, les bronches de ces lobes contiennent du pus.

La rate est à peine augmentée de volume.

Dans les deux reins, on trouve un grand nombre de noyaux grisâtres variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette ; ils sont en partie hémorragiques et siègent exclusivement dans la substance corticale faisant saillie à la surface.

Dans la partie inférieure du côlon et dans la moitié supérieure du rectum, la muqueuse est ulcérée.

Noyau secondaire irrégulier gros comme un œuf de poule, sur le côté droit de la paroi du bassin.

Les ganglions lymphatiques du cou, des régions axillaire et inguinale, ainsi que quelques ganglions mésentériques voisins de la tumeur sont tuméfiés et forment des tumeurs grisâtres atteignant la grosseur d'une noisette.

Le diagnostic de l'autopsie est donc : Sarcome ulcéreux du jéjunum. Sarcomatose étendue du mésentère. Métastases multiples dans les reins, sur la paroi droite du bassin, dans les ganglions lymphatiques. Péritonite adhésive. Bronchite. Dysenterie ulcéreuse du côlon et du rectum.

Examen microscopique. — La tumeur, ainsi que chacun des

noyaux métastatiques, se montre comme sarcome globo-cellulaire à petites cellules.

Le cancer du *rectum* est très rare chez l'enfant, il n'a pas été rencontré avant la onzième année.

Le cas le plus précoce est celui de Stern que nous reproduisons ici. Il s'agit d'un carcinome rencontré chez une fillette de onze ans.

Deux autres cas de carcinomes ont été observés chez des enfants de douze ans. Ils appartiennent à Gross (1), et à Allingham (2).

Schöwing (3), qui a étudié le cancer du rectum dans les vingt premières années, a pu en réunir quinze cas parmi lesquels le plus précoce est celui d'Allingham que nous venons de citer.

OBSERVATION XIX

Carcinome rectal chez une fillette de 11 *ans.* — (Stern. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1892, n° 22), traduction inédite.

Cette observation est celle d'une fillette, âgée de 11 ans, Martha G..., qui fut amenée le 3 juin 1891, à l'hôpital Marie, de Dusseldorf.

(1) *Gross*. A System of Surgery, Philadelphia, 1872, t. II. Cité dans Dict. Dechambre, art. « Rectum », p. 779.

(2) *Allingham*. Diseases of the rectum, London, 1873. Cité dans Dict. Dechambre, art. « Rectum », p. 779.

(3) *Schöwing*. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1885, t. XXII.

L'enfant était malade depuis le commencement de mai. Peu à peu, ses selles étaient devenues irrégulières. Plusieurs fois, il lui était arrivé de rester plusieurs jours de suite sans aller à la garde-robe et alors les selles n'étaient obtenues que difficilement par de violents purgatifs. En même temps, l'enfant se plaignait de douleurs dans le ventre.

A son entrée, on fait les constatations suivantes :

Enfant très fortement constituée, mais très amaigrie, visage défait. L'abdomen est fortement ballonné, surtout au dessus de l'ombilic. En dessous, on aperçoit à travers la paroi abdominale les mouvements péristaltiques de l'intestin qui sont très exagérés. La percussion donne un son nettement tympanique. Par la palpation, on ne sent aucune tumeur. Pas trace de hernie. Langue épaisse. Pouls petit, régulier, un peu accéléré (110 pulsations). Rien d'anormal dans la poitrine. T. 37°2. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. L'ingestion des aliments et même des boissons est aussitôt suivie de vomissements.

L'exploration vaginale et rectale faite sans chloroforme ne donne aucun résultat.

Les lavements, même glycérinés, employés à cette époque, n'ont aucun effet. Par le lavage de l'estomac, on retire d'abondantes matières brunâtres d'odeur infecte.

Le lendemain (4 juin) on endormit l'enfant et on put alors sentir par le toucher rectal une tumeur ferme, percée à son centre d'un petit orifice annulaire qui obstruait l'intestin.

Le diagnostic fut : Invagination chronique. Pour remédier aux accidents d'obstruction intestinale, on pratiqua un anus lombaire.

Les suites de l'opération furent excellentes. Selles abondantes à la suite desquelles le météorisme diminua beaucoup. L'enfant, se trouvant beaucoup mieux, demandait à manger ; les selles se produisaient régulièrement par l'anus artificiel. Peu à peu l'appé-

tit et les forces revinrent ; l'enfant put se lever et se promener un peu.

Cet état dura jusqu'à la fin du mois de juillet ; à partir de cette époque, l'enfant s'affaiblit et dépérit progressivement A plusieurs reprises, elle eut des convulsions et de la fièvre. Son amaigrissement devint extrême. Vomissements fréquents Œdème cachectique.

Pendant un toucher rectal pratiqué vers la fin d'octobre, un morceau de la tumeur, gros comme une noisette, vint à se détacher. L'examen microscopique de préparations dissociées de cette tumeur montra qu'elle était formée de cellules épithéliales à noyaux et nucléoles présentant tous les caractères de l'épithélium cylindrique.

Sur des coupes colorées à l'hématoxyline, on apercevait nettement un stroma conjonctif aréolaire formant des loges qui étaient remplies de cellules épithéliales.

En quelques points, les mailles étaient vides ; tandis qu'en d'autres, les cellules épithéliales étaient disposées sans ordre au milieu du tissu conjonctif. Par places, la structure glandulaire apparaissait très nettement. Il n'était donc plus permis de douter qu'il s'agissait d'un carcinome.

Dès lors, le diagnostic de tumeur maligne du rectum s'imposait.

Le mauvais état général ne permettait plus de songer à intervenir par l'opération de Kraske.

L'enfant se cachectisa de plus en plus et mourut le 10 décembre.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen s'écoule un jet de sérosité jaunâtre, tenant en suspension des flocons d'un blanc sale ; le péritoine pariétal est très épaissi et recouvert d'exsudats épais ; les circonvolutions intestinales sont unies les unes aux autres par une péritonite fibrineuse et purulente.

Organes génitaux normalement développés ; l'utérus, les ovaires et les trompes sont unis aux parois du bassin par de solides adhérences.

L'incision du rectum fait découvrir, à 10 centimètres environ de l'anus, une tumeur résistante, annulaire, large d'environ 4 centimètres, qui obstrue l'intestin. Elle adhère par une large base aux parois du rectum. Sur ces parois, on voit au dessous de la tumeur principale un certain nombre de noyaux secondaires variant de la grosseur d'un pois à celui d'une petite cerise. Plusieurs d'entre eux sont munis d'un pédicule large et court et font saillie dans l'intestin ; la surface de la tumeur est irrégulière et sanguinolente.

Il ne fut pas possible de trouver la moindre tumeur dans les autres organes.

L'examen microscopique de la tumeur confirma tout à fait celui qui avait été fait pendant la vie. Partout on trouva nettement les caractères du carcinome et particulièrement de l'adéno-carcinome, tel qu'on le rencontre chez l'adulte.

Sur quelques préparations, on voyait l'aspect typique décrit par Ziegler (*Pathologie générale*), à propos du carcinome de l'estomac.

L'auteur n'a pas trouvé de cas analogue dans la science et fait ressortir l'utilité qu'aurait eue pour la malade un diagnostic précoce.

Nous avons trouvé dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1891, p. 401, une observation publiée par M. Lyot : Un enfant de cinq mois présente les signes de l'obstruction intestinale classique. On porte le diagnostic d'invagination intestinale et on pratique un anus artificiel iliaque.

L'enfant succombe cinq heures après l'opération. A l'autopsie on trouve un boudin d'invagination long de 20 centimètres dont l'enveloppe externe est formée par le côlon descendant. A l'extrémité inférieure du boudin invaginé on voit une petite tumeur sessile du volume d'une demi-coquille de noix que l'examen histologique a montré être un adénome à cellules cylindriques.

TUBE DIGESTIF

Nos	Nom de l'Auteur	Age	Sexe	Nature et siège de la tumeur	Terminaison	Observations
1	*Stephan*. Jahrb. fur Kinderh, t. XXX.	4 ans	M	Sarcome — Œsophage	Mort	
2	*Cullingworth*. Brit. med. Jl, 1879..	5 sem.	M	Epithéliome — Estomac	»	
3	*Leube*. Ziemssen's Haudbuch, 1878, t. VII..........................	Congén.	?	Cancer — Estomac	»	
4	*Wilkinson*. In Eichchorst (Spécielle Pathologie, and Therapie), t. II, p. 132........................	»	»	»	»	
5	*Moore*. Sem. médicale, 1884, p. 464.	13 ans	F	Carcinome — Cardia	Mort	Propagation au [illegible]
6	*Scheffer*. Jahrb. f. Kinderh, 1880, t. XV..........................	14 ans	M	Cancer — Estomac	»	Propagation à la rate.
7	*W. Horn*. Virch. Archiv., t. XXXI, p. 525........................	?	F	Cancer gélatineux — Côlon descendant	Mort	Obstruction intestinale.
8	*Steiner*. Jahrb. f Kinderh., t. VII.	9 ans	M	Cancer alvéolaire — S iliaque	Mort	Idem.

9	*Widerhofer*. Jahrb. f. Kinderh, t. II, alt Reihe	3 jours	?	Cancer alvéolaire de l'intestin et du foie	»	Idem.
10	*Spanton*. Med. Tim. and. Gazet., 1878, t. II, p. 278................	12 ans	F	Carcinome du cœcum	»	Péritonite généralisée
11	*Clar*. Œsterreiches Zeitsch. f. Kinderh, 1855......................	3 ans	?	Cancer de l'intestin et du péritoine.	»	
12	*Ahlfeld*. Archiv. f. gynœk., t. XVI.	»	»	Carcinome de l'intestin	»	Chez un monstre en sirene.
13	*Duncan*. Edimburg med. Jl........	3 ans 1/2	M	Squirre de l'intestin grêle	Mort	Propagation au foie et aux reins.
14	*Bessel-Hagen*. Virch. archiv, t XCIX	7 ans	M	Sarcome du jéjunum	Mort 4 mois ap. le début	
15	*Stern*. Deuts. med. Woch., 1892, n° 22	4 jours	?	Sarcome de l'iléon	Mort	
16	*Debrunner*. Thèse Zurich, 1883.....	7 ans	M	Sarcome intestin grêle	Mort 1 m. 1/2 ap. le début	
17	*Debrunner*. Thèse Zurich, 1883....	5 ans	M	Sarcome — côlon transvers e	Mort 2 ans 1/2 ap. le début	

Glandes annexes du tube digestif.

Glandes salivaires. — La parotide est la seule glande salivaire dans laquelle on ait rencontré chez l'enfant des néoformations malignes.

Dans l'article Parotide du *Dict. Dechambre*, nous trouvons au tableau indiquant sur un total de 44 cas de tumeurs de cette glande, quatre cas observés de 0 à 10 ans. Il s'agissait une fois d'adénome, une fois de fibrome, et deux fois de sarcome.

Nous rapportons ici une observation de sarcome congénital, la seule que nous ayons sous la main ; nous n'avons pas été assez heureux pour retrouver les deux cas de tumeurs congénitales dont il est fait mention dans cette dernière.

De Saint-Germain, cité par Chauveau, vit à sa consultation de l'hôpital des Enfants, un petit enfant qui était envoyé de Lyon ; il portait au cou une énorme tumeur maligne, développée probablement aux dépens de la parotide. Nous signalerons enfin, pour être complet, l'existence des enchondromes parotidiens.

OBSERVATION XX

Sarcome congénital de la parotide. — (Tsoner. *Centralblait f. Kirderh.*, 1887. *Annal. des rev. mal. enfance*, 1887, p. 376)

Un enfant âgé de 3 mois, présente depuis quinze jours une tumeur qui envahit rapidement toute la région parotidienne, son accroissement fut tel qu'au bout de quelques jours elle s'étendit en avant et en haut jusque dans la cavité buccale, en arrière jusqu'au niveau de la colonne vertébrale et en bas jusqu'au dessous du larynx.

Etant donné ce volume considérable, l'extirpation partielle seule put être pratiquée. L'enfant mourut quatre jours après l'opération. Examinée au microscope, la tumeur présenta tous les caractères du sarcome à cellules petites, rondes et fusiformes. Il est vraisemblable que son point de départ a été dans le tissu cellulaire périglandulaire et périvasculaire. Les proportions considérables de la tumeur doivent faire admettre son origine congénitale.

L'auteur n'a pu trouver dans la littérature que deux cas de tumeurs parotidiennes congénitales.

Pancréas. — Le cancer du pancréas est observé quelquefois dans l'enfance.

Le plus souvent il s'agit de carcinome (Berg,

Kuhn) ; Litten a publié un cas de sarcome. Enfin Battersby a rapporté un cas de squirrhe. L'âge des sujets varie de deux à quatorze ans.

Le cancer du pancréas se manifeste surtout par une cachexie et une maigreur plus profondes que les autres cancers. Quelquefois la tumeur peut être sentie à travers la paroi abdominale.

La terminaison toujours fatale, vient rapidement à la suite de la cachexie ou par une maladie intercurrente.

OBSERVATION XXI

Du carcinome primitif du pancréas dans l'enfance.
(Dr A. Kuhn. *Berl. Klinische Wochenschrift*, 1887, n° 27.)

Il s'agit d'une petite fille âgée de 2 ans, qui présentait depuis quelques semaines de la diarrhée et une anémie profonde. Il ne fut possible d'attribuer cet état maladif ni à la syphilis ni à aucune affection infectieuse aiguë. Il existait, chez la petite malade, un œdème généralisé de l'ascite, de la bronchite et un état cachectique profond. Les selles étaient d'un jaune brunâtre.

Rien d'anormal du côté des ganglions lymphatiques et de la rate. Durant les derniers jours qui précédèrent la mort, les diarrhées étaient aqueuses, décolorées. Mort par pneumonie.

Autopsie. — On trouve un carcinome adénoïde, à cellules cylyndriques du pancréas, avec un noyau métastatique dans le lobe inférieure du poumon gauche.

Suivant l'auteur, le début du carcinome du pancréas remonterait à la vie intra-utérine. Les premiers symp-

tômes n'ont fait leur apparition qu'après la première année de la vie, parce que ce n'est qu'à partir de cette époque que le pancréas joue un rôle important pour la digestion. L'hydropisie a été déterminée par la pression de la tumeur sur les veines du foie. A la suite de la dégénérescence graisseuse du foie, la secrétion de la bile a été considérablement amoindrie. Enfin, l'irritation occasionnée par la présence du noyau métastatique dans le tissu pulmonaire et la cachexie profonde, ont favorisé l'éclosion de la pneumonie terminale.

OBSERVATION XXII

Sur un cas de sarcome primitif du pancréas, par le prof Litten, dans *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1888, n° 44. — (*Rev. mal. enfance*, 1888, p. 560.)

Il s'agit dans ce cas d'un jeune garçon de 4 ans, né de parents bien portants et qui, à l'époque où l'auteur le vit pour la première fois, vers le milieu du mois de septembre de cette année (1888), présentait encore toutes les apparences d'une constitution robuste. Le ventre était légèrement tuméfié, mais la santé générale paraissait encore très bonne, et la mère déclara que son enfant dont l'appétit était très satisfaisant, présentait seulement de temps en temps une diarrhée plus ou moins abondante. Le seul symptôme de maladie dont se plaignait l'enfant, à cette époque, était une douleur spontanée dans le bas-ventre ; douleur qui devenait plus vive lorsque l'on comprimait fortement avec la main la paroi abdominale. Au moyen de la palpation on pouvait constater nettement l'existence dans

le bas-ventre d'une tumeur assez volumineuse présentant quelques bosselures et d'un certain nombre de noyaux isolés.

Lorsque l'auteur revit son petit malade quinze jours plus tard, il le trouva amaigri d'une façon extraordinaire, bien que le poids du corps fût augmenté de 8 à 10 livres. L'abdomen était le siège d'une tuméfaction excessive et l'on pouvait très bien voir à travers la peau une masse volumineuse nettement limitée; à la palpation les bords de cette tumeur et ses bosselures se sentaient très nettement.

Il s'agissait sans aucun doute d'une tumeur maligne; ainsi que cela résultait de prime abord de son développement excessivement rapide et de l'état cachectique du malade. On ne pouvait guère supposer qu'on avait affaire à un kyste hydatique; en effet, rien dans l'étiologie, ne justifiait cette supposition et en outre on ne percevait pas la moindre trace de fluctuation, la tumeur était uniformément dure et consistante.

L'auteur, se basant d'une part sur la fréquence relative des néoplasies rénales durant les premières années de la vie, et d'autre part sur le siège de la grosseur qui dans le cas actuel avait envahi tout l'hypochondre droit, fut amené à admettre que le point de départ de cette tumeur maligne devait être dans les reins.

L'enfant succomba au bout de peu de jours.

L'autopsie vint confirmer la première partie du diagnostic posé pendant la vie. Il s'agissait bien d'une néoplasie volumineuse, qui remplissait toute la cavité abdominale et englobait, outre la masse intestinale, les reins de chaque côté. Mais, à un examen un peu plus approfondi, on put constater nettement que ces derniers ne renfermaient que des noyaux métastatiques. Le point de départ de la tumeur devait par conséquent être recherché ailleurs.

Le foie, la rate, l'estomac étaient absolument intacts. Par

contre, le pancréas était transformé en une masse sarcomateuse qui remplissait la concavité du duodénum. De ce point la néoplasie s'étendait au mésentère et à la muqueuse intestinale. Du mésentère elle gagnait les ganglions rétro-péritonéaux, et enfin la masse épiploïque du gros intestin.

Ce qui donne un intérêt considérable à cette observation, c'est d'abord l'extension considérable de la néoplasie, ensuite l'évolution excessivement rapide de la maladie et enfin l'absence totale des troubles de la digestion aussi longtemps que l'enfant présenta les apparences d'une bonne santé.

Suivant l'auteur, cette observation du sarcome primitif du pancréas, serait unique dans la littérature médicale. Le carcinome primitif du pancréas a été jusqu'ici observé très rarement chez les enfants. Il existe en effet une seule observation de ce genre décrite par Berg il y a déjà plusieurs années.

Foie. — Le cancer du foie est ordinairement secondaire, il succède le plus souvent à celui du rein, quelquefois à celui du testicule, des os du bassin ou des ganglions mésentériques.

Le cancer primitif du foie a ceci de remarquable, c'est qu'il est presque toujours congénital (Parker (1),

---

(1) *Parker.* Transactions of Path. socty London, 1884, p. 290.

de Ruyter (1), Wede) (2), et que plusieurs fois il était tellement volumineux au moment de la naissance, qu'il devint une cause de dystocie (Noeggerath (3), cas cité dans thèse de Duzan, p. 56).

Il faut se demander avec plusieurs auteurs, si ces tumeurs congénitales du foie ne seraient pas sous la dépendance de la syphilis héréditaire. S'il est des cas dans lesquels on ne saurait se prononcer, il en est d'autres où tout soupçon de syphilis peut être écarté.

On a encore rencontré un certain nombre de tumeurs du foie chez des enfants âgés de cinq mois (Crouse) (4), à douze ans (Pye Smith) (5). La nature histologique de la tumeur est variable. Il s'agit tantôt d'un sarcome, tantôt d'un carcinome, tantôt encore d'un myxome.

La tumeur envahit généralement le foie tout entier. Cet organe très augmenté de volume est alors facilement senti par la palpation. La consistance ferme doit faire rejeter l'idée de kyste hydatique.

Les organes voisins : estomac, intestin, etc., peuvent être secondairement atteints.

Ici comme pour le pancréas, la terminaison est toujours fatale, quoique la survie soit plus longue que dans le cas de tumeur de ce dernier organe.

---

(1) *De Ruyter*. Centralblatt de Ziegler, mai 1890, p. 314.

(2) *Wede*. Cité par Stern, Deutsche med. Woch., 1892, n° 22.

(3) *Noeggeroth*. Deutsche Clinik, 1854, n° 54. Cité par *Chauveau*.

(4) *Crouse*. Philadelphia med. and Surgl reporter, mai 1874.

(5) *Pye Smith*. Trans. of Path. Soc. London, t. XXXI.

OBSERVATION XXIII

Tumeur congénitale du foie et des deux capsules surrénales — (Analysé dans le *Centralblatt* de Ziegler, d'après de Ruyter *Langenbeck's arch.* Bd XL)

A l'autopsie d'un enfant âgé de dix jours, on trouva le foie déformé par une tumeur qui descendait jusqu'à la symphyse pubienne.

La capsule surrénale droite était transformée en une tumeur du volume d'une pomme, la capsule gauche en une tumeur d'un volume double.

La structure histologique des tumeurs montra qu'il s'agissait de lymphosarcomes. Celui de la capsule surrénale droite était hémorragique et télangiectasique.

On ne trouvait plus aucun vestige bien net de la structure normale du foie, tandis que l'on pouvait encore reconnaître quelques débris des couches superficielles des capsules surrénales.

Les autres organes paraissaient sains.

Rate. — Les néoplasmes primitifs de la rate sont excessivement rares ; c'est à peine si on en connait une vingtaine de cas chez l'adulte. Le cas le plus précoce est celui de Bamberger (1), et encore est-il douteux. Il s'agissait d'un garçon de dix-huit ans, dans la rate duquel on trouva plusieurs noyaux cancéreux assez gros.

---

(1) *Bamberger.* Cité dans Dict. Dechambre, art. « Rate », p 557.

VII. — Tumeurs de la Vessie.

Les tumeurs de la vessie n'avaient été, jusqu'en ces dernières années, l'objet d'aucun travail d'ensemble.

En 1892 M. Chivorré et M. Dellac dans leurs thèses les étudiaient particulièrement chez les enfants, et la même année M. Albarran publiait un ouvrage très documenté sur ces tumeurs prises en général.

Ce qui se dégage tout d'abord de ces travaux c'est la très grande fréquence des tumeurs malignes comparée à celle des autres néoplasmes. Nous pouvons dire de suite que sur 35 cas que nous avons pu rassembler de tumeurs vésicales observées dans le jeune âge, la guérison n'a été notée que trois fois, alors que la mort est survenue vingt-neuf fois, le plus souvent à la suite de récidives. Dans trois cas la terminaison de la maladie n'est pas indiquée.

Les tumeurs de la vessie sont placées par M. Picot au seizième rang de fréquence.

M. Albarran dans son livre a réuni 252 observations inédites de tumeurs vésicales observées à tout âge, dans ce nombre il y en a 6 provenant d'enfants de moins de 10 ans.

Quant à l'âge dans lequel se développent de préférence les néoplasmes vésicaux, M. Dellac le limite de 1 à 8 ans et même de 1 à 5, car au-dessus de cet âge jusqu'à 18 ans les tumeurs seraient très rares.

Dans les trente-cinq observations que nous avons réunies nous ne trouvons aucun cas de néoplasme congénital et même de néoplasme observé pendant la première année de la vie. M. Christiani de son côté dit qu'il n'en connaît pas de cas. Il nous est donc permis de conclure que les néoplasmes congénitaux de la vessie n'existent pas.

Par contre nous en trouvons :

10 pendant la	2e année.
7	3 —
5	4 —
4	5 —
0	6 —
2	7 —
1	8 —
1	9 —
0	10 —
0	11 —
2	12 —
1	13 —

Dans deux observations il n'est pas fait mention de l'âge du sujet.

D'après ces chiffres il est aisé de voir que le maximum de fréquence se rencontre pendant la deuxième année et que cette fréquence va diminuant graduellement jusqu'à la sixième année où elle tombe à zéro. De six à treize ans on rencontre encore quelques cas.

Sur les 241 observations de M. Albarran, il n'y en a

que 41 se rapportant à des femmes, et en rassemblant les statistiques diverses publiées par cet auteur, on trouve que les hommes sont atteints huit fois plus souvent que les femmes.

Dans le jeune âge la différence entre les sexes est beaucoup moins grande, nous trouvons en effet dix-neuf garçons pour quinze filles dans nos 34 observations. La fréquence est donc à peine plus grande chez les garçons que chez les filles.

Les tumeurs ont dans l'enfance une prédilection marquée pour le col et pour le bas fond de la vessie. Toutes prennent naissance dans la muqueuse ou le tissu sous-muqueux.

On ne connaît que deux cas où la tumeur avait son origine dans la couche musculeuse et était constituée par des myomes, et un seul cas où la tumeur aurait été de nature épithéliale (Smith). Ce dernier cas est d'ailleurs très douteux et avec M. Dellac nous croyons ne pas pouvoir le regarder comme une tumeur épithéliale. Dans les vingt autres cas où la nature de la tumeur est mentionnée nous trouvons :

11 sarcomes, 8 myxomes.
2 myxosarcomes, 1 papillome.
1 lymphosarcome, 3 cas notés comme polypes (probablement myxomes).
1 fibro-sarcome.

Les myxomes, lorsqu'ils siègent dans la vessie, ont un caractère inaccoutumé de malignité. Dans les huit cas où la nature myxomateuse fut reconnue au

microscope, la mort est survenue rapidement, que l'on soit intervenu chirurgicalement ou non.

A ce propos rapportons brièvement un point très intéressant de l'observation de Chivorré. Il permet de se rendre compte de l'évolution intime et de la transformation maligne que subissent parfois les tumeurs vésicales : « L'examen microscopique fait par M. Laguesse, de la tumeur enlevée après une première intervention, montra qu'il s'agissait d'une simple hypertrophie fongueuse de la muqueuse. Cette tumeur histologiquement bénigne ayant récidivé, nécessita une seconde intervention chirurgicale, et M. Hermann qui examina au microscope la tumeur récidivée,constata qu'il s'agissait d'un myxosarcome. »

Au point de vue symptomatologique, les tumeurs vésicales présentent chez les enfants quelques particularités. Les sarcomes et les myxomes évoluent chez eux plus vite que chez l'adulte.

L'hématurie paraît être rare, par contre les troubles de la miction sont très fréquents.

Chez les petites filles, la physionomie de l'affection est assez spéciale; la tumeur dilate rapidement l'urèthre et vient faire saillie à travers la vulve.

Chez les petits garçons, la vessie se dilate, paraît contenir beaucoup d'urine et quand on vient à pratiquer le cathétérisme on trouve que la quantité d'urine contenue dans la vessie est peu considérable.

Le diagnostic est plus facile chez l'enfant que chez l'adulte à cause de la situation plus élevée de la vessie

par rapport au pubis (Phocas) (1). La cytoscopie leur est aussi applicable (Albarran), mais ce moyen d'exploration ne peut être utilement employé que par un spécialiste.

La saillie de la tumeur par l'urèthre chez les petites filles, facilite beaucoup le diagnostic.

Chez les petits garçons il est nécessaire de pratiquer le toucher rectal seul ou combiné au palper bimanuel.

Quant au traitement, nous dirons avec M. Dellac (2), que les opérations partielles n'étant jamais curatives, il faut réséquer une portion de la vessie.

---

(1) *Phocas*. Rev. mens. mal. enf., juin 1892.
(2) *Dellac*. Th. Lyon, 1891-92.

TUMEURS DE LA VESSIE (d'après Chivorré, Dellac, Albarran).

N°s	Nom de l'Auteur	Age	Sexe	Nature histologique de la tumeur	Terminaison
1	*Pfeiniger*. Wurtemberg med., 1834............	2 a 10 m.	F	Papillome	Mort
2	*Birkett*. Med. chir. Trans., 1858................	5 ans	F	?	Mort
3	*Bryant*. Brit. med. j., 1879......................	3 ans	F	?	Guérison
4	*Howard Marsh*. Trans. path. Soc. London, 1874.	2 ans	F	Sarcome	Mort
5	*Guersant*. Gaz. des hôpitaux, 1868....	22 mois	F	Sarcome	Mort
6	*Giraldès*. Aff. chirurg. des enfants, 1869........	2 ans	F	Sarcome	Mort
7	*Smith*. Brit. med. j., 1872......................	4 ans	F	Cancer médullaire ?	Mort
8	*Balleray*. The American j., 1882.............. ..	19 mois	F	?	Mort
9	*Schattock*. Brit. med. j., 1883..................	5 ans	F	?	Mort
10	*De Saint-Germain*. Rev. mens. mal. enf., 1883....	7 ans 1/2	F	Myxome	Mort
11	*Owen*. Mal. chir. des enf., 1891. Trad. Laurent...	?	F	Myxome	Mort
12	*Albarran*. Tumeurs de la vessie, 1891.	4 ans	F	Myxome	Mort
13	*Albarran*. Tumeurs de la vessie, 1891..	?	F	Myxosarcome	Mort
14	*Buttlin*. Lancet, 1882, t. I......................	4 ans	F	Sarcome	?
15	*Siewert*. Billroth Lücke's D. Zeitschrift, t. LXXI.	3 ans	F	Sarcome	Mort
16	*Deschamps*. Encycl. sc. méd., 1791	12 ans	M	Fongus sarcomateux	Guérison

17	*Crosse*, cité par *Giraldès*......................	2 ans	M	?	Mort
18	*Stanley*. London Times and Gazet, 1852.........	2 ans 1/2	M	?	Mort
19	*Savary*. Med. Times and Gazet, 1852...........	13 mois	M	?	Mort
20	*Gussenbauer*. Arch. f. Klin. chir., 1875...	12 ans	M	Myxome	Guérison
21	*Charon*. Bull. acad. méd. Belgique, 1878.........	3 ans	M	Myxome	Mort
22	*Owen*. Med. Times and Gazet, 1885	3 ans	M	Sarcome	Mort
23	*Dittrich*. Prag. med. Woch., 1889...............	1 an 9 m.	M	Sarcome fuso-cellulaire	Mort
24	*Marshall*. Encyclop. intern. de chirurgie.........	1 an 1/2	M	Myxome	Mort
25	*Vincenzi*. Virchow's Hirsh j., 1887...............	13 ans	M	Myxome	Mort
26	*Phocas*. Th. Chivorré, Lille, 1892........	6 ans 1/2	M	Myxosarcome	Mort
27	*Lostalot*. Th. Dellac, Lyon, 1892.................	4 ans 1/2	M	Sarcome	Mort
28	*Levrat*. Th. Dellac, Lyon, 1892..................	7 ans	M	Myxome	Mort
29	*Dellac*. Th. Dellac, Lyon, 1892	2 ans	M	Myxome	Mort
30	*Pernel*. Th. Dellac, Lyon, 1892......	3 ans	M	Sarcome	Mort
31	*Chiari*. Prag. med. Woch., 1885................	5 ans	M	Sarcome	Mort
32	*Chaffey*. Trans. Path. Soc. London, t. XXXVI.	3 ans 1/2	M	Lymphosarcome	Mort
33	*Fenwick*. Trans. Path. Soc. London, t. XXXVII.	9 ans	M	Fibrosarcome	?
34	*Coope Forster*. Laugenbeck's Archiv., t. III.. ...	2 ans	M	Fibromyome	?

VIII. — Tumeurs des Organes génitaux mâles.

Les différents organes qui forment l'appareil génital mâle sont très inégalement exposés aux tumeurs malignes. Alors que ces dernières atteignent fréquemment le *testicule* et la prostate, elles respectent entièrement les vésicules séminales. Le cordon spermatique n'a été trouvé altéré par le néoplasme qu'une seule fois et encore s'agissait-il d'une variété peu maligne.

Tous ceux qui ont étudié la question avant nous reconnaissent le testicule comme un des sièges préférés des tumeurs. M. Duzan le met au troisième rang de fréquence, et M. Picot au cinquième.

Schubert (1), dans sa thèse, a rassemblé quatorze cas

(1) *Schubert*. Inaug. Dissert. Greifswald, 1885.

de sarcome testiculaire observés dans l'enfance et publiés avant lui. Il y ajoute une quinzième observation de sarcome à cellules rondes et fusiformes du testicule droit observé par lui chez un garçon de cinq ans.

Le testicule droit paraît plus souvent pris que le gauche ; plusieurs fois, notamment dans trois cas de Schubert, les deux testicules ont été trouvés envahis par la néoformation. Dans six cas que nous avons pu réunir dans lesquels l'âge des malades avait été noté, nous avons vu le néoplasme se montrer deux fois pendant la première année, deux fois pendant la seconde et deux fois pendant la sixième. L'âge exact n'est pas indiqué dans un septième cas provenant d'un tout jeune enfant.

Le sarcome forme la grande majorité des tumeurs testiculaires, le carcinome a également été rencontré. Enfin M. Reboul a fait connaître récemment un cas de sarcoépithéliome. Le diagnostic est facile. La marche de l'affection est ordinairement assez lente. Signalons toutefois la possibilité de la généralisation rapide de la tumeur (Obs. X., Deffaux). L'ablation de la tumeur par la castration fut suivie de succès dans le cas de M. Reboul.

Le testicule est encore un siège de prédilection des enchondromes et des tératomes, mais nous ne pouvons nous étendre plus longuement à leur sujet.

OBSERVATION XXIII

Tumeur maligne (sarco-épithéliome) du testicule chez un enfant de 6 ans. — (D. Reboul. *Marseille médical*, sept. 1893.)

R..., âgé de 6 ans 1/2, m'est présenté le 6 avril 1893, pour une tuméfaction de la bourse droite. Il y a six ou huit mois environ, l'enfant a reçu une contusion des bourses en s'amusant avec ses camarades. Quelque temps après ont apparu une sensation de gêne dans le testicule droit, des tiraillements suivant le trajet du cordon. A ce moment, le testicule droit paraissait avoir son volume normal. Cet organe s'est tuméfié progressivement et atteint le volume d'un poing moyen. Un médecin consulté pense à une hydrocèle. L'enfant m'est adressé pour le traitement.

La bourse droite est tuméfiée, elle a les dimensions d'un gros œuf de paon ; le scrotum est tendu, lisse ; la circulation veineuse est assez développée. A l'examen, on sent que les tuniques sont libres. La tumeur est ovoïde, à base inférieure absolument limitée, le cordon est indemne. La tumeur a une surface régulière sans bosselures, sa consistance est élastique, rénitente. Notable sensation de poids. Pas de douleur à la pression en aucun point. Pas de translucidité de la tumeur. Cependant une sensation de fluctuation ou plutôt de rénitence est manifeste et il me paraît que, profondément, on sent une tumeur plus consistante sous-jacente du liquide contenu dans la vaginale.

Pas de douleur inguinale, pas de ganglions iliaques ou lombaires sensibles à l'examen. Etat général excellent.

En raison de l'évolution de cette tumeur à la suite d'un traumatisme de son développement rapide, de sa consistance et de son poids, du défaut de translucidité et de circulation veineuse

exagérée, je pense à une tumeur maligne du testicule avec hydrocèle symptomatique.

Une ponction exploratrice faite le 10 avril avec une aiguille fine, donne du sang rouge, ce qui confirme le diagnostic.

La castration me paraît indiquée, à cause de la limitation de la tumeur, de l'absence de ganglions iliaques ou lombaires sensibles et de l'excellent état général. Mais en considération de la récidive facile à la suite de la castration pour cancer du testicule chez les enfants, je fais des réserves expresses.

La castration est acceptée par les parents et pratiquée le 11 avril à 8 heures du matin, avec l'aide des docteurs Oddo et Perrin. Chloroforme.

La castration est facile, la tumeur est parfaitement limitée, le cordon paraît indemne. La cavité vaginale renferme environ 15 à 20 grammes de liquide citrin un peu trouble, en arrière et en bas, la séreuse est adhérente à la tumeur ; je la résèque. Ligature en chaîne du pédicule. Petit drain à la partie supérieure de l'incision. Sutures à la soie.

Pansement au salol. Compression ouatée.

Le 13, pansement, suppression du drain, réunion.

Le 20, ablation des points de sutures, réunion.

Le 27, l'enfant retourne dans son pays. La bourse droite est souple, pas de tuméfaction inguinale, pas de ganglions tuméfiés sensibles. Etat général excellent.

Le 27 juin, le père m'écrit que la guérison est parfaite et que la santé de l'enfant est florissante.

La tumeur est ovoïde à base inférieure, aplatie latéralement, de 11 centimètres de hauteur sur 8 de large ; son poids est de 125 grammes. A la surface, on voit la vaginale pariétale libre dans presque toute son étendue, sauf à la partie inférieure et vers le bord postérieur ; à ce niveau la séreuse est épaissie et adhérente.

Le canal déférent très apparent au sommet de la tumeur disparaît rapidement et se confond avec la tumeur et la vaginale adhérente. La tumeur proprement dite est bosselée surtout en dehors, sa consistance est ferme, résistante. Sur le bord antérieur, à l'incision du tiers supérieur et des deux tiers inférieurs on sent une masse plus molle d'une étendue de deux à trois centimètres environ. Sur une coupe verticale, la tumeur apparait d'un blanc rose ou grisâtre, avec des stries blanchâtres, soit irradiées, soit divisant le néoplasme en lobes peu limités. La consistance de la tumeur est ferme, élastique, résistante et un peu moindre en certains points ; le grattage donne peu de suc. En haut et en avant, on voit la coupe de la substance testiculaire bien reconnaissable à sa couleur et à sa structure. Le testicule est en partie séparé de la masse de la tumeur par un tractus blanchâtre ; en arrière et en bas la tumeur se confond absolument avec la vaginale et l'épididyme qui n'est d'ailleurs apparent qu'à la partie supérieure de la tumeur au niveau de sa continuation avec le canal déférent. Le néoplasme est nettement limité par la vaginale que l'on peut séparer en déchirant et entraînant la tumeur.

J'ai partagé l'examen histologique des différents segments de la tumeur, du testicule, de la vaginale, de l'épididyme, du cordon. Les préparations des différents segments de la tumeur m'ont donné des résultats assez variables pour qu'il soit nécessaire de décrire ces séries isolément.

Parties centrales de la tumeur. — Sur certaines préparations on voit, suivant les points, un stroma fibroïde fin, réticulé, dont les alvéoles renferment des cellules. Les éléments cellulaires se présentent isolés, en amas ou en forme de traînées. Ce sont tantôt de petites cellules arrondies, fortement colorées par le carmin, tantôt de grosses cellules irrégulières. On voit de rares tubes séminifères isolés, bourrés de cellules épithéliales. Les

vaisseaux ont leurs parois infiltrées de cellules arrondies formant deux ou trois courbes concentriques.

Sur d'autres préparations, le stroma apparaît nettement fibreux, fasciculé, condensé ou sous forme d'un fin réticulum. Les cellules sont petites, arrondies ou de volume et de forme irréguliers, isolées ou disposées en traînées ; quelques cellules fusiformes se voient entre les faisceaux fibreux.

Enfin, sur d'autres coupes, on voit de grosses masses de cellules arrondies, entourées d'un stroma réticulé, très délié et contenant dans ses mailles de grosses cellules irrégulières. Les vaisseaux ont leurs parois infiltrées de grosses cellules arrondies. Les tubes séminifères sont obturés ; en d'autres points, le stroma est nettement fasciculé et entre les faisceaux se trouvent des cellules épithéliales disséminées ou réunies en boyaux.

Les coupes faites sur des fragments pris à la périphérie de la tumeur montrent que le néoplasme est limité par une enveloppe fibreuse assez épaisse contenant quelques vaisseaux dont la lumière et les parois sont infiltrées de cellules arrondies, volumineuses. Au dedans de cette zone fibreuse se voit le tissu de la tumeur formé d'un stroma fasciculé, ondulé, condensé ou réticulé. Des cellules régulièrement arrondies et fortement colorées forment des amas irréguliers ou se diffusent en traînées linéaires ou disséminées au milieu du stroma; des cellules plus volumineuses, irrégulières, sont serties dans des alvéoles du stroma réticulé, ces alvéoles contiennent une ou plusieurs cellules épithéliales, ce qui rappelle le carcinome réticulé. Les vaisseaux sont presque tous altérés; des cellules irrégulières ou arrondies forment des courbes concentriques autour de leurs lumières.

Fragment de la vaginale adhérente. — Les coupes montrent un tissu fibreux, dense, fasciculé, assez épais, se continuant en dehors avec des faisceaux conjonctifs libres, ondulés, au dedans avec l'enveloppe proprement dite de la tumeur. Pas d'infiltration

cellulaire, embryonnaire ou épithéliale. Les vaisseaux, peu nombreux, paraissent sains.

Epididyme et tumeur. — Au niveau de l'épididyme, le stroma est fasciculé, épais, contenant de rares canalicules spermatiques, dissociés et remplis de cellules épithéliales. Les vaisseaux sont dilatés ; quelques-uns sont normaux, mais la plupart ont leurs parois infiltrées de cellules arrondies. A ce niveau, la tumeur est formée d'un stroma fibroïde, réticulé, très délié. Des traînées de cellules, irrégulières comme volume et comme dimensions, se voient suivant les travées ou réunies en amas. Les vaisseaux ont leurs parois entièrement infiltrées de cellules volumineuses et arrondies qui font une zone concentrique.

Coupes portant sur le testicule au voisinage de la tumeur. — L'albuginée a sa structure normale. En certains points, les tubes séminifères sont sains, leur lumière est conservée ; la substance intermédiaire, finement fibroïde, n'est pas infiltrée, mais, sur d'autres points, plus près du néoplasme, les tubes séminifères sont obstrués de cellules épithéliales qui infiltrent le tissu intermédiaire devenu fibreux et fasciculé. Les vaisseaux sont dilatés, leurs parois sont infiltrées ; enfin, sur quelques préparations, on voit le tissu testiculaire se confondre insensiblement avec la tumeur et en prendre les caractères

Les éléments du cordon, vaisseaux et canal déférent paraissent sains ; cependant, le canal déférent, au niveau de sa confusion avec le néoplasme, présente des parois infiltrées de cellules volumineuses, arrondies ou irrégulières.

En résumé, dans cette tumeur, le testicule est isolé et peu envahi, l'épididyme a complètement disparu, enfoui au milieu du néoplasme. Un simple tractus blanchâtre d'ailleurs incomplet sépare le testicule ou ce qui en reste de la masse de la tumeur.

Sur une coupe, la tumeur est isolée, nettement limitée par une

membrane d'enveloppe se confondant avec la vaginale, les éléments du cordon ne sont pas envahis. La tumeur de consistance ferme ou un peu ramollie par places est d'un blanc rosé ou grisâtre, des tractus radiés ou concentriques la divisent en lobes mal limités.

L'examen histologique montre un stroma très variable par places ; tissu conjonctif fasciculé, feutré, condensé, amorphe ou simplement réticulum très ténu. Les éléments cellulaires sont aussi très différents suivant les points. Tantôt ce sont de petites cellules arrondies, fortement colorées, disséminées sans ordre ou réunies sous forme de traînées ; ces cellules sont surtout abondantes au niveau des vaisseaux dont elles infiltrent les parois au point de masquer leur structure normale et forment alors de véritables zones concentriques ; parfois elles forment des amas abondants, très serrés. Tantôt les éléments cellulaires prennent un aspect tout différent : ce sont de grosses cellules, irrégulières, épithéliales, disposées en traînées, en boyaux, encombrant les tubes et canalicules spermatiques et enchâssées ou réunies en groupes d'abondance variable dans des alvéoles d'un réticulum très délicat. Ces diverses lésions se montrent dans tous les points de la tumeur, isolées ou réunies dans les mêmes préparations. A ne considérer que certains points du néoplasme (cellules arrondies, disposées sans ordre ou formant des gaines aux vaisseaux), on croirait avoir affaire à un sarcome embryonnaire, d'autant plus que parfois on constate des cellules fusiformes, ce qui indiquerait un âge plus avancé de la tumeur.

Et cependant les cellules de dimensions et de formes irrégulières, nettement épithéliales, disposées en séries, contenues dans des espaces alvéolaires, dans les tubes séminifères qu'elles encombrent font, au contraire, penser à un épithélioma ayant débuté par les canalicules spermatiques et ayant envahi ensuite les parties voisines ; dans certains points, la coupe ressemble absolument à l'épithélioma réticulé.

Le diagnostic anatomique de cette tumeur me paraît être sarco-épithéliome.

Les éléments du sarcome sont très apparents autour des vaisseaux et dans les parties voisines, les éléments épithéliaux sont abondants et manifestes dans les tubes séminifères et en d'autres points. Devant la netteté de l'existence de ces divers éléments, il me paraît impossible d'admettre le sarcome pur à l'exclusion de l'épithéliome ou inversement et je crois qu'il y a lieu de penser à une tumeur mixte, ou plus exactement à un sarco-épithéliome de formes jeunes. Nulle part je n'ai rencontré une disposition anatomique rappelant le lymphadénome. Pas de kystes.

Quel a été le point de départ de la tumeur ? Le refoulement du testicule à la périphérie, la confusion de l'épididyme dans la masse de la tumeur, le petit tractus blanchâtre qui sépare en partie le testicule du néoplasme, les caractères fournis par l'examen microscopique montrant des canalicules spermatiques isolés et rares dans le tissu néoplasique, plus nombreux du côté du testicule et en arrière du côté de l'insertion du canal déférent, me paraissent devoir faire admettre l'origine de la tumeur dans l'épididyme ou aux dépens de germes embryonnaires inclus pendant la vie fœtale. Le rete-testis est en partie conservé et son infiltration et celle du testicule me semblent consécutives à l'extension de la tumeur.

La vaginale limitait nettement le néoplasme, les éléments du cordon paraissent sains, il n'y avait pas de tuméfaction apparente des ganglions iliaques ou lombaires, même à l'examen sous le chloroforme, il y a donc lieu d'espérer que la castration sera utile à ce malade ; mais je crois qu'il y a lieu cependant de réserver le pronostic à cause des éléments jeunes et des caractères de la tumeur, à cause de la facilité avec laquelle récidivent dans les ganglions, les tumeurs malignes du testicule chez les enfants.

Dans ce cas, le traumatisme (une contusion) paraît avoir joué un certain rôle dans l'évolution de la tumeur, peut-être n'a t-il que donné un accès d'accroissement à une tumeur qui existait déjà et évoluait lentement.

On admet que le cancer du testicule, fréquent dans la vieillesse et l'adolescence, est exceptionnel de 4 à 15 ans; notre opéré a 6 ans 1/2 et la tumeur paraît avoir débuté vers 6 ans.

Actuellement, deux mois et demi après l'opération, pas de récidive apparente sur la plaie ou dans les ganglions.

Prostate. — Jolly (1) est le premier auteur qui ait étudié les tumeurs de la prostate chez l'enfant; il fit remarquer leur fréquence et n'hésita pas à les placer à ce point de vue au second rang, c'est-à-dire immédiatement après les cancers de l'œil. Thompson (2) leur consacre quelques lignes, dans son traité des maladies des voies urinaires.

Dans leurs statistiques, Duzan (3) et Picot (4) le placent respectivement au quatrième et au neuvième rang.

Wind (5), dans sa dissertation inaugurale sur le sarcome à petites cellules de la prostate, relate huit cas observés dans le jeune âge : un de Pitha Billroth et

---

(1) *Jolly*. Archives générales de médecine, 6e série, 1869.
(2) *Thompson*. Traité des maladies des voies urinaires, 1874.
(3) *Duzan*. Loco citato.
(4) *Picot*. Loco citato.
(5) *Wind*. Inaugural Dissertation, Munich, 1888.

sept autres trouvés dans la littérature médicale anglaise ; il y ajoute une neuvième observation personnelle.

Enfin, Engelbach (1) est arrivé à réunir quatre-vingt-seize cas de cancer de la prostate, parmi lesquels il en compte trois pendant la première année et six autres de un à dix ans. L'enfance est donc atteinte dans une proportion d'environ 10 pour 100.

Tous les néoplasmes prostatiques rencontrés chez l'enfant sont histologiquement des sarcomes; ils appartiennent presque tous à la variété embryonnaire.

Les symptômes par lesquels la tumeur se révèle au médecin sont : les douleurs abdominales accusées par l'enfant, la miction difficile et douloureuse, la gêne dans la défécation ; et plus tard, la rétention d'urine et l'arrêt des matières fécales.

La tumeur est sentie par le toucher rectal, et peut l'être même par le palper abdominal.

La marche de l'affection est rapide, l'urèthre et le rectum sont bientôt comprimés ; ce dernier organe est souvent envahi ainsi que le périnée Par contre il est exceptionnel que le néoplasme se propage à la vessie (Obs. d'Isambert et de Spanton). Tordeus croit même que le fait ne s'est jamais rencontré et accepte les raisons données par Jullien pour expliquer ce fait étrange. Ce dernier auteur croit devoir attribuer cette

(1) *Engelbach.* Th. Paris, 1887-88. Le cancer de la prostate.

immunité de la vessie à l'absence complète des glandes et vaisseaux lymphatiques dans la muqueuse vésicale.

La terminaison de la maladie a toujours été mortelle ; la mort arrive par épuisement progressif, ou par complication : obstruction intestinale, rétention complète des urines, etc...

Dans le cas qu'il a publié, Tordeus a constaté sur son petit malade la teinte jaune paille caractéristique de la cachexie cancéreuse.

OBSERVATION XXIV

Sarcome de la prostate chez un enfant de 8 mois. — (Tordeus *Journal de médecine de Bruxelles*, juillet 1890, p. 405.)

Eug. D..., âgé de 8 mois, fut présenté à la consultation pour une tumeur volumineuse de la cavité abdominale.

Les parents sont bien portants et n'ont que cet enfant ; celui-ci avait été jusque-là bien portant.

En l'habillant, sa mère fut surprise du développement du ventre et en le palpant elle sentit une tumeur dure située dans la partie inférieure et indolente à la pression.

A ce moment, l'état général était bon, les digestions faciles, les selles normales, les urines claires. La miction et la défécation n'étaient pas douloureuses.

Peu à peu l'état de l'enfant s'altéra, les selles devinrent plus dures et plus rares, l'émission des urines s'accompagna de

gémissements et de cris, la coloration des urines fut toujours normale.

A la palpation de l'abdomen, on constatait au niveau de l'ombilic, une tumeur dure, lisse, globuleuse, du volume d'une tête d'enfant, indolore, susceptible de déplacement, donnant à la main qui la comprime une sensation de neige froissée et dont la portion inférieure semble s'enfoncer en bas et à gauche. Le reste de l'abdomen est sonore et souple ; les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés de volume.

Foie et rate normaux.

L'enfant se cachectisa progressivement.

La fièvre assez intense fit son apparition. Survint une bronchite qui dégénéra rapidement en broncho-pneumonie et emporta l'enfant.

Autopsie : *Cavité thoracique.* — Broncho-pneumonie avec maximum des lésions aux bases.

Cavité abdominale. — Pas d'épanchement, ni adhérences.

On y trouve une tumeur de la forme et du volume d'une tête d'enfant, à surface lisse, légèrement ondulée et de couleur marbrée de blanc et de rouge vineux, de consistance assez ferme, avec fausse fluctuation en un point seulement.

Cette tumeur pèse 1.370 grammes. Elle s'élève de l'excavation pelvienne, qu'elle remplit, refoulant la vessie en avant, le rectum en arrière et les uretères sur les côtés ; elle remonte dans l'abdomen jusqu'au niveau de l'ombilic et occupe presque toute la moitié inférieure du ventre, principalement le côté gauche. Pas d'adhérences péritonéales.

Par la dissection on reconnait que le néoplasme correspond à la glande prostatique et particulièrement à son lobe gauche ; le lobe droit, du volume d'un œuf de poule, est également atteint de dégénérescence.

Une sonde introduite dans l'urèthre arrive jusqu'au col de la

vessie, mais n'y pénètre qu'après avoir basculé perpendiculairement, à cause de la déviation brusque de ce conduit à ce niveau et sur un trajet de 1 à 1 centimètre 1/4. Les uretères sont dilatés, les bassinets sont agrandis.

Le rectum refoulé à gauche paraît avoir néanmoins conservé toute sa perméabilité.

A la coupe, la tumeur présente un aspect non uniforme : blanchâtre en certains points, rouge foncé, en d'autres. On y observe partout de nombreux vaisseaux de volume considérable, et vers le centre de la tumeur, on constate un foyer hémorragique en voie de transformation régressive, du volume d'un petit œuf de poule.

Dans le voisinage de cet infarctus, le tissu est très injecté et inflammé, friable. Partout ailleurs la consistance est ferme, comme s'il s'agissait de tissu lardacé. En quelques points, cependant, le tissu est mou et comme gélatineux ; ce caractère s'observe dans toute l'étendue du lobe droit de la prostate.

Le raclage ne donne qu'un peu de sérosité rougeâtre, mais pas de suc proprement dit.

Examen microscopique. — La tumeur est formée presque exclusivement par des cellules fusiformes, disposées en séries allongées, donnant l'aspect de traînées fibreuses.

Les vaisseaux, très abondants et de gros calibre, ne présentent pas de membrane propre appréciable ; leurs contours sont délimités par des éléments néoplasiques.

En certains points, les coupes microscopiques offrent une disposition réticulée ; les cellules étoilées et anastomosées entre elles circonscrivent les lacunes à contenu clair, homogène, visqueux. Ces parties, en voie de dégénérescence, correspondent aux régions de la tumeur qui paraissent fluctuantes. A la surface du néoplasme, il existe une zone fibreuse d'environ 1 centimètre d'épaisseur.

Il existait donc, chez notre malade, un sarcome fibro-cellulaire de la prostate, transformé partiellement en un myxosarcome.

Les ganglions pelviens n'avaient pas subi la moindre altération.

IX. — Tumeurs des organes génitaux femelles.

Si l'existence des tumeurs des organes génitaux mâles a été bien connue des premiers auteurs qui se sont occupés des néoplasmes malins de l'enfance, il est loin d'en avoir été de même pour celles des organes femelles.

Duzan (1), n'en ayant pas rencontré d'observation, fut tout naturellement amené à nier leur existence.

Sept années plus tard, en 1883, E. Chauveau (2), publie dans sa thèse une observation de tumeur maligne de l'ovaire rencontrée chez une fillette de dix ans. Cette observation est la seule qui ait été

---

(1) *Duzan*. Loco citato.

(2) *Chauveau*. Loco citato.

publiée en France. Notre observation personnelle sera donc la seconde observation française, elle est même la première qui soit accompagnée d'examen histologique.

Les tumeurs ovariennes du jeune âge semblent plus fréquentes à l'étranger ; nous avons pu réunir cinq observations publiées en Allemagne et quatre autres publiées en Angleterre.

L'âge des petites malades varie de sept mois (Loran) (1), à quinze ans. Comme on le voit d'après le tableau que nous avons dressé, l'âge moyen est de sept à huit ans. La fillette qui fait l'objet de notre observation avait huit ans.

La nature histologique de la tumeur est notée huit fois dans nos onze observations. Il s'agissait quatre fois de sarcome, et quatre fois de carcinome (y compris notre cas personnel).

Les symptômes présentés par les malades se ressemblent assez. L'attention des parents est ordinairement attirée par les plaintes de l'enfant qui souffre du ventre ; par les troubles digestifs divers : anorexie, vomissements, diarrhée ; par le développement excessif de l'abdomen, en même temps que par l'amaigrissement progressif.

Le ballonnement de l'abdomen est d'autant plus considérable, que les tumeurs ovariennes s'accompagnent fréquemment d'ascite. Le liquide peut devenir

---

(3) *Loran*. Voir le tableau, p. 136.

abondant au point de provoquer de la dyspnée et de nécessiter la paracentèse de l'abdomen.

On peut observer quelquefois, chez des enfants atteints de néoplasmes de l'ovaire, tous les signes d'une puberté exceptionnellement précoce. Ce fait étrange a été signalé récemment par Halliday Croom (1), à l'occasion d'un cas de cette nature qu'il lui fut donné d'étudier. Ce qui rend son observation intéressante et qui prouve la part prise par la tumeur dans ce développement sexuel insolite, c'est que l'ablation de la tumeur le fit rétrocéder en partie.

Le fait d'Halliday n'est d'ailleurs pas unique, un cas analogue appartient à Lucas (2). Dans les deux cas il s'agissait de fillettes âgées de sept ans.

Rien de semblable n'est signalé dans les autres observations. Au contraire, dans le cas de Wyder, la patiente âgée de quinze ans n'était pas encore réglée. D'ailleurs, dans une série de trente-neuf laparotonies faites chez des enfants pour des tumeurs ou des kystes de l'ovaire, Halliday n'a trouvé qu'un seul cas, celui de Lucas, où la puberté précoce ait été indiquée. La marche de l'affection est extrêmement variable ; la mort est survenue trois fois dont deux à la suite de généralisation. Une fois même le développement de la

---

(1) *Halliday Croom*. Edimburg med. Journ., février 1893, p. 689. — Sarcome de l'ovaire chez une fille de 7 ans. — Le développement sexuel précoce dans ses rapports avec les tumeurs de l'ovaire.

(2) *Lucas*. Voir le tableau à la fin du chapitre.

tumeur fut tellement rapide que l'observation a été publiée sous le nom de cancer aigu. Dans ce cas l'enfant succomba cinq mois après le début de la maladie.

La guérison fut obtenue cinq fois à la suite de l'intervention chirurgicale.

On voit donc que, à part quelques cas exceptionnellement malins, l'affection n'est pas au-dessus des ressources de l'art. L'incertitude du diagnostic ne doit pas être un obstacle à la laparotomie.

OBSERVATION XXV (Personnelle).

Carcinome de l'ovaire chez une fille de 8 ans. — Généralisation à la cavité péritonéale. — Mort.

La nommée X..., âgée de 8 ans, se présente à la consultation du dispensaire pour les maladies des enfants, dans les premiers jours de l'année 1892. Les parents ont remarqué depuis quelque temps que l'enfant maigrit, que ses fonctions digestives sont troublées et que le ventre augmente progressivement de volume.

A l'examen clinique de la malade, on constate que la paroi abdominale est amincie, parcourue par de nombreuses veines dilatées. Cette paroi est proéminente, la saillie est surtout prononcée dans la région sous-ombilicale.

A la percussion, on constate une matité presque complète jusqu'au niveau de l'ombilic.

La tension de la paroi est telle qu'il est difficile de la déprimer pour palper profondément ; on obtient nettement la sensation de flot et on diagnostique une ascite.

Rien dans les antécédents de la malade.

Rien d'anormal à l'examen du thorax.

Quelques semaines après le premier examen, le ventre ayant encore augmenté de volume et l'enfant ayant de la dyspnée on pratique une ponction abdominale. Il s'écoule près de 8 litres de sérosité rougeâtre d'aspect hémorragique. Cette coloration est due, comme on s'en est assuré au microscope, à de nombreux globules sanguins altérés contenus dans le liquide ascitique.

Après la ponction on constate, par la palpation, l'existence de nombreuses masses irrégulières disséminées, un peu partout, dans la cavité abdominale, mais plus nombreuses dans la région sous-ombilicale, et paraissant plonger dans le petit bassin. L'enfant fut soulagée, mais le liquide se reproduisit assez rapidement, on dut pratiquer à trois reprises différentes la paracentèse.

On porta le diagnostic de tuberculose péritonéale.

Dans le courant du mois d'août, l'enfant commença à présenter des signes de cachexie profonde, les membres s'œdématient, l'œdéme mou et blanc remonte jusqu'au niveau du genou, la diarrhée apparaît en même temps que la distension de l'abdomen continue d'augmenter.

L'enfant meurt le 20 septembre 1892.

Autopsie. — A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une grande quantité de sérosité hématique rougeâtre.

Tout le péritoine pariétal et viscéral est tapissé d'une quantité colossale de noyaux brunâtres et mous.

La surface de la rate et du foie présente aussi un grand nombre de ces noyaux. Ils sont hémisphériques, de volume variable depuis un pois jusqu'à une noisette.

Aux appendices épiploïques des anses intestinales, on voit des noyaux arrondis de la grosseur d'une noisette à celle d'une

noix ; ils sont rattachés à l'intestin par un pédicule long et étroit.

En cherchant le point de départ de cette carcinose généralisée on le trouve dans les ovaires. Ces deux organes sont transformés en des masses volumineuses énormes dont la plus petite qui correspond à l'ovaire gauche a le volume des deux points ; ces masses ovariennes ont un aspect très irrégulièremenl mamelonné, une coloration grisâtre, une consistance assez ferme, et sont presque partout circonscrites par une capsule fibreuse assez épaisse d'apparence lisse. Par places cependant, cette capsule a été comme perforée par la masse néoplasique sous-jacente qui est venue faire hernie à la surface de la capsule sous forme de bourgeons ayant l'aspect végétant en choux-fleurs.

L'utérus et les trompes sont normaux.

Pas de noyaux secondaires dans le parenchyme hépatique. Dans la rate, on trouve au niveau du hile un petit noyau grisâtre d'aspect aréolaire, situé en plein tissu splénique et rappelant tout à fait par son aspect celui des noyaux péritonéaux.

Au niveau de la rate on trouve un gros ganglion dégénéré.

Rien dans les autres viscères.

En somme, néoplasme des deux ovaires, avec généralisation extrêmement abondante à tout le péritoine viscéral et pariétal ; et noyau secondaire dans la rate.

Examen histologique. — Des coupes pratiquées sur l'un des ovaires dégénérés et à la périphérie du néoplasme, montrent les détails suivants après double coloration à l'hématoxyline et au carmin. On trouve d'abord une membrane épaisse formée par des stratifications de tissu conjonctif, entre lesquelles sont interposées des cellules à noyau aplati. Les cellules sont disposées parallèlement aux stratifications conjonctives. Cette couche ressemble tout à fait à la paroi des kystes ordinaires de l'ovaire. On trouve à ce niveau très peu de vaisseaux.

Çà et là, quelques faisceaux conjonctifs s'écartent et circonscrivent des cavités allongées dans lesquelles sont accumulées les cellules épithéliales. Deux de ces amas épithéliaux en forme de boyaux allongés et épais sont situés très près de la surface de la capsule du néoplasme. De telle sorte que l'on comprend très bien qu'en d'autres régions ils aient pu affleurer cette surface et se trouver à nu dans la cavité péritonéale.

En pénétrant plus profondément dans l'épaisseur de la coupe, on constate que de la capsule extérieure partent des tractus conjonctifs épais qui se subdivisent un très grand nombre de fois à mesure qu'ils s'avancent dans la profondeur du néoplasme et s'anastomosent entre eux, de manière à circonscrire des cavités de forme irrégulière mais généralement arrondie. Ces cavités, dont les dimensions sont extrêmement variables, ont généralement des bords nets bien circonscrits. Le tissu qui les borde est constitué, soit par du tissu conjonctif jeune contenant un grand nombre de noyaux cellulaires, soit par du tissu conjonctif adulte où la substance fibrillaire est assez abondante. Dans quelques points, cette charpente, d'aspect alvéolaire, rappelle le tissu conjonctif muqueux, à cause de la forme étoilée des cellules conjonctives et de la substance amorphe et finement granuleuse, au sein de laquelle elles sont plongées.

Enfin, il y a des points de cette charpente dont les éléments cellulaires ont nettement le caractère des fibres cellules ; on y trouve, en effet, des noyaux allongés en bâtonnets disposés parallèlement les uns aux autres, et dont un grand nombre sont orientés dans le même sens.

Le contenu des cavités alvéolaires que nous venons de décrire est exclusivement formé par des cellules épithéliales.

L'arrangement de ces cellules épithéliales est, dans nombre de points, assez régulier, surtout dans les petites cavités. Elles forment alors une bordure continue d'éléments juxtaposés et ta-

pissant les parois de la cavité, de manière à simuler la coupe d'un cul-de-sac glandulaire.

Dans les cavités plus grandes, la végétation épithéliale, devenue plus abondante et irrégulière, prend un aspect plissé et ondulé. Enfin, dans d'autres cavités de grandes dimensions, ces éléments sont disposés sous forme d'amas irréguliers et sans ordre apparent.

On a, en somme, toutes les formes de transition entre un revêtement épithélial régulier, d'apparence glandulaire, et une végétation épithéliale diffuse, rappelant les tumeurs épithéliales complètement atypiques.

Quant aux éléments épithéliaux en eux-mêmes, ils sont représentés par de l'épithélium cubique à noyau ovoïde et un grand nombre de ces éléments présente une dégénérescence muqueuse de leur protoplasma.

Dans quelques-unes des cavités, la transformation muqueuse a été plus rapide et les éléments épithéliaux en partie disparus, sont remplacés par une substance finement granuleuse, qui distend la cavité et refoule les épithéliums de revêtement.

L'examen de ces coupes rappelle tout à fait celles des tumeurs épithéliales de l'ovaire qui sont devenues végétantes, se sont diffusées et généralisées dans la cavité péritonéale et même dans les viscères. On pourrait donner ces coupes comme des types d'épithélioma cylindrique, tel qu'on le rencontre au niveau du tube digestif.

OBSERVATION XXVI

Sarcome de l'ovaire chez une fille de 7 ans. Développement sexuel précoce. Guérison. — (Halliday Croom. *Edimburg med. Journal*, 1893, p. 689), traduction inédite.

Il s'agit d'une fillette de 7 ans souffrant d'une tumeur abdomi-

nale volumineuse. Sa santé avait toujours été bonne avant cette année et elle n'avait jusque-là présenté aucun symptôme abdominal.

Pendant le mois de mai, elle avait été violée plusieurs fois par un jeune garçon. Immédiatement après, elle avait eu par le vagin une hémorragie abondante qui se continua dans la suite sans interruption jusqu'à son admission à l'hôpital (novembre).

Peu de temps après le viol, son abdomen commença à grossir et à s'élargir graduellement. A son entrée dans ma salle, elle portait une tumeur ressemblant à une grossesse de 6 ou 7 mois. L'impression était alors que, malgré l'extrême jeunesse de la fillette, il s'agissait d'une grossesse et ce qui contribuait beaucoup à le faire croire c'était le développement considérable des mamelles, et l'existence, de l'ombilic au pubis, d'une ligne brune bien marquée. De plus, les poils étaient très développés au niveau du mont de Vénus et à la surface externe des grandes lèvres, et on entendait un bruit bien marqué des deux côtés de la tumeur. Celle-ci était tendue et ferme, facilement mobile; elle ne semblait présenter aucune connexion intime avec le bassin.

Ce manque de rapport avec la cavité du bassin, aussi bien que la consistance ferme de la tumeur firent, malgré les apparences indiquées plus haut, écarter l'idée d'une grossesse. A l'examen sous le chloroforme, on examina la malade par le vagin : l'hymen était complètement perforé, le vagin était enflammé, le col utérin augmenté de volume et très mou. Une sonde fut introduite dans l'utérus qui fut trouvé augmenté de volume, atteignant presque une longueur de 3 pouces.

Cette exploration provoqua une hémorragie. La possibilité d'une grossesse dans un utérus bicorne vint naturellement à l'esprit, mais un examen prolongé de la malade montra que la tumeur n'avait aucun rapport avec l'utérus; que cet organe pouvait bien être saisi avec les deux mains, et on en conclut

qu'il s'agissait d'une tumeur ovarienne pédiculée. Il est évidemment digne de remarque que le développement des poils du pubis, les hémorragies utérines, la grosseur de la tumeur abdominale, comme la présence de la ligne brune, n'étaient que des phénomènes consécutifs au viol et semblaient apparemment en être la conséquence.

La mère apprit qu'au moment de sa naissance, l'enfant avait les seins si développés qu'on avait craint des abcès mammaires. Cela tendrait à montrer que l'enfant avait de la tendance au développement sexuel précoce; celui-ci, pour se produire, n'avait demandé que l'excitation d'actes sexuels répétés qui pouvaient mettre en activité l'utérus et les ovaires.

Le développement mental était plutôt en dessous de la moyenne.

Opération (25 novembre). — A l'incision des parois abdominales, la surface bleuâtre de la tumeur indiqua sa véritable nature. Il y avait un léger degré d'ascite. Une ponction aspiratrice faite dans la tumeur ne ramena qu'une petite quantité de sérosité sanguinolente. Il n'existait aucune adhérence et la tumeur était parfaitement libre de tous les côtés. L'incision abdominale dut être agrandie jusqu'à 5 centimètres de l'appendice xiphoïde, à cause de l'irréductibilité absolue de la tumeur. La tumeur sortie du ventre était attachée au côté gauche du bassin par un long pédicule qui fut lié comme d'habitude. La trompe de Fallope était peu distendue et flexueuse; l'ovaire du côté opposé était très petit et peu développé, la trompe, de ce côté, était hypertrophiée, l'utérus était augmenté de volume selon les dimensions indiquées par la sonde avant l'opération. La plaie abdominale fut refermée et l'enfant eut une convalescence que rien ne vint interrompre.

La tumeur pesait six livres, sa surface était lisse et molle, très vasculaire. Dans son intérieur il y avait un certain nombre

de kystes séparés par des cloisons très fragiles. Le contenu des kystes était un liquide gommeux, gélatineux et transparent. L'apparence microscopique était celle d'un sarcome à cellules rondes à développement rapide. Certains points avaient subi la dégénérescence muqueuse.

Le 11 janvier 1893, l'enfant fut examinée, sous le chloroforme, avant son départ de l'hôpital. Le contour des mamelles est un peu moins distinct et l'aréole brune est un peu effacée, la ligne brune est moins visible. Les petites lèvres qui avaient été assez longues et colorées avaient maintenant pris un volume et une couleur normales et étaient moins entr'ouvertes. La muqueuse vaginale, autrefois pigmentée et injectée, avait repris sa coloration rosée normale. A l'examen vaginal, on trouve le col petit, fermé, ayant repris ses dimensions infantiles. La sonde ne pouvait plus pénétrer que de deux pouces et ne provoquait plus d'hémorragies.

L'auteur résume le cas de Lucas, paru dans *Clinical Society's Transactions* 1888.

L'enfant était âgée de 7 ans et avait eu par le vagin une débâcle hémorragique qui se renouvela pendant son séjour à l'hôpital. Les seins étaient fermes et de la grosseur d'une orange. Le mont de Vénus très développé est couvert de poils très longs.

Il existait un sarcome de l'ovaire droit qui fut enlevé; l'enfant guérit.

Les pertes vaginales ne se reproduisirent plus, et le développement des seins persista après qu'elle eût quitté l'hôpital.

L'*utérus* est moins fréquemment que l'ovaire atteint par le néoplasme ; nous n'avons pu en rassembler que quatre cas, dont trois de carcinome et un de sarcome.

OBSERVATION XXVII

Carcinome de l'utérus chez un enfant de deux ans. — (Rosenstein. *Virchow's archiv.*, t. XCII, p. 191), traduction inédite.

On apporta à l'ambulance de ma policlinique une fille âgée de moins de deux ans, H..., parce que depuis trois semaines elle éprouvait certaines difficultés à la miction et qu'elle n'avait pas uriné depuis trois jours. Depuis huit jours l'enfant avait un peu de fièvre.

A l'examen de cet enfant dont l'état général était mauvais mais dont les organes thoraciques étaient cependant normaux ; l'abdomen paraissait irrégulièrement bosselé. Les veines de la peau étaient légèrement dilatées et à la vue comme à la palpation on découvrait nettement dans la région inférieure de l'abdomen une tumeur dépassant en haut l'ombilic de trois travers de doigt ; en bas elle se perdait dans le bassin.

La percussion à son niveau produisait un son mat. Par le cathétérisme on retira environ 700 c. c. d'urine claire acide, non albumineuse ; la tumeur parut alors beaucoup plus petite mais dépassait encore de trois travers de doigt la symphyse du pubis, et la pression dans cette région provoquait des douleurs. Pendant les jours suivants la vessie se distend de nouveau car la miction ne se fait pas spontanément, tandis que la défécation se faisait régulièrement.

Le réseau veineux de la peau devient plus visible. La résistance de la tumeur augmente quand la vessie est vide, et on distingue plus nettement la surface de la tumeur bossuée par des noyaux de différentes grosseurs. Les ganglions lymphatiques des deux aines sont tuméfiés. La fièvre est modérée, elle

oscille entre 38°2 et 38°6. L'amaigrissement augmenta tous les jours et l'enfant mourut quatorze jours après le début de l'observation. La défécation se fit toujours bien mais la miction ne fut jamais spontanée.

L'autopsie de la cavité abdominale fut seule permise. Elle fit découvrir une masse irrégulière entre la vessie et l'utérus.

Au dessus du sommet de la vessie, sur la ligne médiane, un peu à gauche et en arrière, on voit une tumeur dure, irrégulièrement arrondie. La paroi de la vessie est épaisse de 3 ou 4 millimètres et couverte à sa surface de petits noyaux blanchâtres, de la grosseur des petits pois. La coloration de la muqueuse vésicale est normale. L'utérus est placé obliquement; le col est dévié à droite et le fond reporté à gauche. Sur la paroi latérale droite du fond de l'utérus, existe un gros noyau de forme irrégulière ayant sa plus grande largeur à sa base. L'utérus mesure sans ce noyau 5 centimètres en hauteur, avec lui 6 centimètres.

L'épaisseur de l'utérus d'avant en arrière est de 4 centimètres. L'épaisseur de la paroi utérine est de 13 millimètres à droite, 10 millimètres à gauche, l'épaisseur du col est 4 millimètres. La partie superficielle de la tumeur siégeant sur la partie droite du fond de l'utérus est sanguinolente. La tumeur ne dépasse pas sensiblement la paroi droite de l'utérus, mais s'élève de 3 centimètres au dessus du fond de l'organe. On y trouve à gauche un noyau gros comme une noix large de deux centimètres et déjà ramolli au centre. La portion vaginale de l'utérus est tout à fait normale, la muqueuse utérine est entièrement intacte, les ovaires et les trompes ne sont altérées en aucun point. Les bassinets des reins sont étonnamment dilatés; il n'y a pas d'autres lésions.

L'examen microscopique de la tumeur montra une structure différente selon les différentes parties

En quelques points existaient, entre les fibres musculaires, des loges formées par un stroma alvéolaire excessivement fin, bourré de cellules polymorphes épithélioïdes, de grandeur variable et possédant un ou plusieurs noyaux ; tandis qu'en d'autres des cellules fusiformes juxtaposées dans une masse intermédiaire fibrillaire très peu abondante, donnaient l'image nette du sarcome.

Les tumeurs malignes du *vagin* sont fréquentes dans l'enfance. Leur fréquence semble toutefois varier avec les pays. Alors que nous n'en avons trouvé aucune observation dans la littérature médicale française, et que nous n'en connaissons qu'une de source anglaise, nous avons pu en résumer quinze publiées en Allemagne et en Autriche. Nous ne savons à quoi attribuer cette différence qui existe aussi pour les tumeurs utérines et ovariennes, à un moindre degré cependant pour ces dernières.

Toutes les tumeurs vaginales rencontrées jusqu'aujourd'hui étaient histologiquement des sarcomes. Outre les variétés ordinaires de sarcomes globo, fuso-cellulaires, on peut rencontrer des myo, des myxo et des fibro-sarcomes. Dans un cas, la tumeur était en partie télangiectasique ; une autre fois, elle contenait des fibres musculaires lisses et striées, en même temps que des ilots épithéliaux.

On observe ces tumeurs vaginales sur des sujets très jeunes. En effet, au point de vue de l'âge, nos seize observations donnent un cas pendant la première année, sept pendant la seconde, quatre pendant la

troisième, deux pendant la quatrième, un pendant la cinquième, et enfin un pendant la septième année.

La tumeur se montre d'abord sous la forme d'un polype plus ou moins longuement pédiculé qui vient faire saillie au niveau de la vulve surtout pendant les efforts de miction et de défécation. Le médecin consulté à ce moment, à cause des troubles de la miction causés par la tumeur, se borne le plus souvent à l'exciser simplement avec des ciseaux et ne se doute pas de sa nature maligne.

Ce n'est qu'après une ou deux récidives que l'on s'aperçoit de cette malignité et alors les polypes se reproduisent avec une facilité étonnante malgré les opérations les plus complètes.

Il suffit de voir sur le tableau que nous avons établi d'après les indications bibliographiques de Pick, combien la terminaison fatale est fréquente, pour apprécier la gravité de la maladie. Une seule fois sur les seize observations la guérison fut obtenue.

Nous croyons cependant que cette mortalité diminuera quand le médecin, mieux éclairé sur leur nature, n'hésitera plus à enlever largement ces polypes inoffensifs en apparence.

Mentionnons enfin un cas de sarcome de la *vulve* observé dans le service de M. de Saint-Germain et publié par Chauveau.

OBSERVATION XXVIII

Sarcome polypeux du vagin chez une fillette de 2 ans 1/2. Ablation de la tumeur. Récidive après 8 mois. Seconde opération. Guérison. — (Frick. *Inaug. Dissert. Halle*, 1888; *Virchow's archiv.*, 1889, p. 251, t. CXVII. Traduction inédite.)

Frieda K..., 2 ans 1/2, fut amenée à Volkmann, le 17 septembre 1885.

Enfant bien portante et bien développée. Parents sains.

Au printemps de l'année 1885, l'enfant eut la coqueluche, qui dura six semaines et s'accompagna de quintes de toux pénibles et répétées. Depuis ce temps, vers la Pentecôte, la mère aperçut, sortant par le vagin, une tumeur du volume d'une grosse fève, de couleur rouge foncé ; plus tard, l'aspect de la tumeur devint blanchâtre.

Pendant le mois d'août, la tumeur ne se montra pas durant quatre semaines ; quand elle se montra de nouveau elle parut considérablement augmentée.

De temps en temps elle causait des hémorragies insignifiantes, quelquefois, elle provoquait des douleurs, jamais considérables cependant. Pas de gène dans la miction et la défécation.

A l'examen sous le chloroforme, on trouva l'hymen intact. A l'entrée du vagin se présentait une tumeur polypeuse grosse comme une noisette, de couleur rouge foncé, qui était adhérente à la paroi vaginale postérieure par un mince pédicule, long de un à deux centimètres. Aucune altération appréciable des organes contenus dans le bassin. Les ganglions iliaques ne sont pas tuméfiés.

Opération pratiquée par Volkmann, l'enfant étant placé dans la position de la taille. La tumeur polypeuse fut enlevée et depuis on réséqua une partie de la paroi vaginale postérieure grosse comme une pièce de dix thalers. Guérison.

Le 16 octobre 1885. Quatre semaines après l'opération, l'enfant revint; la guérison persistait.

Le 22 mai 1886. Les parents reviennent trouver Volkmann, car depuis six semaines l'enfant qui, entre temps, a eu la scarlatine, présente une nouvelle tumeur, à l'entrée du vagin. Celle-ci est déjà d'un certain volume; comme la tumeur primitive, elle est de la grosseur d'une noix et de structure lobulée; à la pression elle fait issue hors du vagin. La tumeur adhère par une base assez large à la paroi vaginale postérieure au point même où siégeait la première tumeur.

Opération très complète.

Guérison, le 31 mai 1886.

L'enfant est revue le 26 mai 1888 et présentée au congrès de gynécologie. La guérison persistait. Pas l'ombre d'une récidive.

Examen microscopique de la tumeur. — Sarcome à cellules rondes et fusiformes avec grande prédominance de cellules rondes.

La tumeur enlevée après la récidive avait tout à fait la même structure que la tumeur primitive.

C'est le seul cas de guérison qui ait été publié jusqu'ici.

OBSERVATION XXIX

Tumeur maligne de la vulve et du pubis chez une petite fille de 5 ans. — (Chauveau. Th. Paris, 1883.)

Vann... Louise, âgée de 5 ans, entre le 5 mai 1882, dans le service de M. de Saint-Germain, à l'hôpital des enfants.

La mère a remarqué depuis longtemps l'existence d'une tumeur au niveau de la vulve de son enfant. Cette tumeur après être restée longtemps stationnaire, augmenta rapidement de volume.

L'enfant ne se plaint pas. Bon état général.

A l'examen, on voit entre les deux grandes lèvres une masse molle, pédiculée à son extrémité supérieure, renflée et lobulée à son extrémité inférieure. En haut elle se continue directement avec la peau du capuchon du clitoris, en bas elle présente des mamelons séparés par des sillons assez profonds.

La peau qui recouvre la tumeur présente la même pigmentation que les téguments voisins. Pas de vascularisation anormale.

Sur les côtés, la tumeur se continue avec la muqueuse des petites lèvres. Grandes lèvres normales un peu écartées à cause de la tumeur. Pas de malformation des organes génitaux.

Le 6 mai. Ablation de la tumeur au niveau de son pédicule à l'aide de l'écraseur linéaire.

Le 23 juin. L'enfant est ramenée à la consultation. La tumeur a récidivé sur place, est très volumineuse et ressemble assez bien à une verge.

Le 30 juin. Ablation par l'anse galvanique.

Le 25 septembre. Nouvelle récidive. Ablation par l'anse galvanique.

Le 4 octobre. Nouvelle récidive que l'on traite par de nombreus flèches de Cauquoin.

Le 15 novembre. On constate l'état suivant : toute la vulve et la région pubienne sont envahies, les deux grandes lèvres sont transformées en masses lobulées, variant du volume d'une noix à celui d'un petit œuf, d'un blanc rosé. Une des plus volumineuses occupe la partie supérieure de la lèvre droite ; on en trouve d'autres plus petites sur le côté gauche. Une masse très grosse occupe la commissure inférieure de la vulve et vient pendre au-devant de l'anus. La vulve est envahie dans toute son étendue, aussi, on ne peut se rendre compte de l'état des parties profondes.

Le pubis est envahi ainsi que la partie inférieure de la paroi abdominale. Un peu à droite de la ligne médiane de cette paroi existe une petite tumeur rouge. non douloureuse, au niveau de laquelle la peau est luisante. Dans le pli inguinal gauche, on trouve une augmentation de volume des ganglions beaucoup plus prononcée qu'à droite.

La palpation de l'abdomen est douloureuse et ne permet pas de constater exactement l'état des ganglions de la fosse iliaque qui paraissent hypertrophiés.

Depuis les premiers jours d'octobre, l'état général a beaucoup changé ; la petite malade dépérit de jour en jour, elle n'a plus d'appétit. Incontinence d'urine et diarrhée. La cachexie fait de rapides progrès. — L'amaigrissement devient bientôt considérable. Mort le 12 décembre.

Autopsie. — On constate que la tumeur avait envahi les grandes et les petites lèvres des deux côtés, mais qu'elle ne s'était pas étendue au vagin, ni à l'urèthre. La vessie et l'utérus sont sains. Les reins sont congestionnés. Le rein droit présente

à sa surface de petites masses du volume d'une lentille faisant saillie sous sa membrane d'enveloppe.

Dans le foie on trouve deux gros noyaux.

Les ganglions iliaques et mésentériques sont gros et durs.

Dans le poumon gauche, il existe une petite tumeur située sous la plèvre et ayant le volume d'un petit pois. Pas d'altération de la colonne vertébrale.

Examen histologique.— Sur la coupe de la tumeur enlevée le 6 mai, on voit à un faible grossissement que le revêtement épithélial de la muqueuse est normal.

Sur la couche sous-jacente on distingue un grand nombre de capillaires sanguins à contour très net, entre eux on aperçoit des amas irréguliers fournis par de petits éléments ronds dont la confluence varie avec les points examinés.

La couche profonde de la coupe montre des faisceaux imbriqués en tous sens.

A un fort grossissement, la couche épithéliale ci-dessus mentionnée, présente des éléments arrondis, ovoïdes, pourvus d'un très petit corps cellulaire et d'un noyau prenant fortement le carmin très volumineux. Ces éléments sont très serrés les uns contre les autres. En d'autres points plus transparents de cette même zone, les éléments figurés prennent un aspect fusiforme ou étoilé et sont séparés par une masse très abondante de matière amorphe et granuleuse. Les capillaires sanguins, gorgés de globules rouges, n'offrent rien de particulier à signaler, sauf leur rapprochement et leur abondance.

Dans la couche profonde, les faisceaux entrecroisés sont plus spécialement composés d'éléments fusiformes avec des prolongements assez étendus. Les îlots de cellules rondes et ovoïdes, interposés entre ces faisceaux de corps fibro-plastiques sont d'un volume et d'une configuration très variables. Cette couche, moins

vasculaire que la précédente, rappelle tout à fait ce que les auteurs décrivent sous le nom de sarcome fasciculé.

Les coupes de la tumeur récidivée ont une structure fort analogue.

Le point de départ de ce néoplasme ne peut être placé dans la couche épithéliale, à cause de son intégrité relative et à cause de la forme tout à fait caractéristique des éléments arrondis et ovoïdes formant la plus grande partie de la tumeur qui ne rappellent en rien, ni comme apparence, ni comme mode de groupement, les îlots épithéliaux de l'épithélioma

Ces éléments dérivent des cellules existant normalement dans le derme de la muqueuse de cette région.

En résumé, cette tumeur peut être classée parmi les tumeurs fibro-plastiques, dont elle offre tous les caractères habituels cliniques de malignité.

Nous plaçons à la suite des tumeurs des organes génitaux une observation résumée de sarcome de la *mamelle* observé chez une fille de quatre mois.

OBSERVATION XXX

Sarcome de la glande mammaire chez une fille de 4 mois. — (Chambert. *University and Magazine*, avril 1890, p. 376. *Revue des maladies de l'enfance*, 1891, t. IX, p. 188.)

Quand l'enfant n'avait que cinq semaines, la mère a remarqué que sa fille avait une petite tumeur au niveau du sein droit. Au bout de trois mois, la tumeur a atteint les dimensions d'un œuf

de poule. Pas de phénomènes inflammatoires, pas d'infiltration des ganglions lymphatiques. La tumeur entourée d'une capsule fibreuse, a pu être facilement énucléée. Guérison par première intention. A l'examen microscopique on trouva qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes. (*Centralb. für Gynæcologie*, 1890, n° 52, p. 942.)

TUMEURS DE L'OVAIRE

Nos	Nom de l'Auteur	Age	Nature histologique de la tumeur	Terminaison	Observations diverses
1	*Krukenberg*. Berl. Klin. Woch., 1888, p. 855	8 ans	Carcinome	Guérison	
2	*Gussenbauer*. Bull. méd., 1893, p. 1075.	8 ans	Carcinome	Guérison	
3	*Guttmann*. Berlin. Klin. Woch., 1889, p. 181	14 a. 1/2	Carcinome ?	Mort. 5 mois après le début	Généralisation. Marche aiguë de la tumeur.
4	*Marchand*. Berlin. Klin. Woch., 1894, 8 janvier	4 ans	Sarcome	Mort de péritonite	Propagation à l'intestin grêle.
5	*Chauveau*. Th. Paris, obs. VII	10 ans	Pas d'examen histologique	Mort	
6	*Wyder*. Cité par Stern. Deutsch. med. Woch., 1892, n° 22	15 ans	Id.	Guérison	Non réglée.
7	*Malins*. Lancet, 1890, I, p. 1174	9 ans	Sarcome	Mort	
8	*Loran*. Tr. path. Soc. London, 1888, novembre	7 mois			
9	*Lucas*. Intern. journal of Surgery, 1888.	7 ans	Sarcome	Guérison	Puberté précoce.
10	*Halliday Croom*. Edinburg med. j., fév. 1893, p. 689	7 ans	Sarcome	Guérison	Puberté précoce.
11	Personnelle	8 ans	Carcinome	Mort. 8 mois après le début	Généralisation.

TUMEURS DE L'UTÉRUS

Nos	Nom de l'Auteur	Age	Nature histologique de la tumeur	Terminaison	Observations diverses
1	*Liebmann*. Arch. Virch., t. CXVII, p. 85.	2 ans	Carcinome		
2	*Ganghofner*. Jahrb. f. Kind, t. XXXI.	8 ans	Carcinome		Mort de variole 15 j. après l'opération.
3	*Rosenstein*. Virchow's Archiv., t. XCII, p. 191............................	2 ans	Carcinome	Mort. 3 mois après le début	
4	*Th. Schmitt*. Amer. j. of obstetr., 1883, p. 555............................	4 ans	Sarcome et polypes muqueux		

TUMEURS DU VAGIN (d'après Pick, *Arch. Gynécol.*, 1894, t. XLVI, p. 195.)

Nos	Nom de l'Auteur	Age	Nature histologique de la tumeur	Terminaison	Observat.
1	*March* Trans. path. Soc. London, 1874, p. 178	2 a. 4 m.	Fibrosarcome	Mort	
2	*Sänger*. Arch. f. gynæk., t. XVI, p. 56	3 ans 1/2	Sarcome à cellules rondes	Mort	
3	*Ahlfeld*. — — — p. 135	3 a. 4 m.	Fibrosarcome	Mort	
4	*Soltmann*. Jahrb. f. Kinderh., N. F., t. XVI., p. 418	2 ans 1/2	Myxosarcome	Mort	
5	*Hauser*. Virch. Archiv., t. LXXXVIII, p. 165	2 ans	Sarcome à cellules rondes et fusiformes, avec des faisceaux muscul. lisses et striés et des îlots épithéliaux.	Mort	
6	*Demme*. In Gränicher, Inaug. Dissert, Munich, 1888	7 ans	Fibrosarcome	Mort	La tumeur était congén.
7	*Steinthal*. Virch. Archiv., t. III, p. 449	3 ans	Myxosarcome	Mort	
8	*Babès*. Ziemssen's Pathol. und Therapie, t. XIV, p. 475	3 ans ?	Sarcome fusocellulaire	Mort	

9	*Schustler*. Wiener, Klin. Woch...	4 a. 1 m.	Sarcome fusocellulaire	Mort
10	*Schuchhardt*. In Frick. Inaug. Dissert. Halle, 1888	7 mois	Sarcome à cellules rondes et fusiformes en partie télangiectasique.	Mort 6 mois après le début
11	*Schuchhardt*. In Frick. Inaug. Dissert. Halle, 1888	2 ans	Sarcome à cellules rondes et fusiformes	Guérison obtenue après deux interv.
12	*Kolisko*. Wien. Klin. Woch, 1886, n°6	1 an 1/2	Myofibrosarcome	Mort
13	*Kolisko*. — — — —	1 an 1/2	Myosarcome	Mort
14	*Kolisko*. — — — —	1 an 7 m.	Myofibrosarcome	Mort
15	*Körner*. Inaug. Dissert. Göttingue, 1892	2 ans	Fibrosarcome	Mort quelques mois après le début.
16	*Pick*. Archiv. fur Gynœk., t. XLVI, p. 195	2 ans	Myxosarcome	Mort 7 mois après le début



CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs malignes de l'enfance ne sont pas rares.

II. — Leur étiologie est encore ignorée. Nous avons cependant trouvé plusieurs observations dans lesquelles le traumatisme, l'hérédité et même la contagion paraissent devoir être incriminés.

III. Tous les tissus et organes du corps de l'enfant peuvent être atteints par le néoplasme. Nous insistons spécialement sur la fréquence des tumeurs des organes génitaux femelles.

IV. — Toutes les tumeurs malignes de l'adulte peuvent être rencontrées chez l'enfant avec des caractères histologiques semblables. Les tumeurs épithé-

liales sont assez rares. Les tumeurs conjonctives et en particulier le sarcome embryonnaire s'observent beaucoup plus fréquemment.

V. — L'évolution des tumeurs est plus rapide dans l'enfance que dans l'âge mur. Nous devons toutefois faire une exception pour quelques épithéliomas cutanés dont le développement a été très lent.

VI. — Les tumeurs accessibles doivent être traitées chirurgicalement. L'opération sera faite largement et aura d'autant plus de chances de succès qu'elle sera faite plus hâtivement.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Mémoires et Thèses.

Albarran. — Tumeurs de la vessie, Paris, 1891.

Aldibert. — Rev. mal. enf., novembre 1893. Les tumeurs du rein chez l'enfant.

Anger Th. — Thèse d'agrégation, 1872. Du cancer de la langue.

Aran. — Arch. gén. méd. T. XI, 1846. Le cancer vert de la dure-mère.

Brière. — Th. Paris, 1873. Le sarcome de la choroïde.

British Méd. Journal, 1884, I., p. 938. Statistique.

Charon. — De la carcinose chez l'enfant. Bruxelles, 1876.

— Bull. acad. méd. de Belgique, 1878.

Chauveau. — Th. Paris, 1883. Contribution à l'étude des tumeurs malignes des enfants.

Chivorré. — Th. Lille, 1892-93. Tumeurs de la vessie chez l'enfant.

Christiani. — Journ. de l'anat et de la physiologie, 1891. Des néoplasmes congénitaux.

Champeaux. – Th. Paris, 1889-90. Etude sur le lymphadénome.

Debrunner. — Inaug. Dissert. Zurich, 1883. Trois cas de sarcome de l'intestin dans le jeune âge.

Dellac. — Th. Lyon, 1891-92. Tumeurs de la vessie chez l'enfant.

Deuzler. — Inaug. Dissert. Berlin, 1880. Tumeur mélanique.

Dictionnaire Dechambre. — Articles, cancer, sarcome, etc...

Dumont. — Th. Paris, 1888-89. Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant.

Duzan. — Th. Paris, 1876. Le cancer chez les enfants.

Engelbach. — Th. Paris, 1887-88. Tumeurs malignes de la prostate.

Fabre. — Th. Lyon, 1892. De la contagion du cancer.

Filaudeau. — Th. Paris, 1892-93. Etude sur les nœvi pigmentaires

Frick. -- Inaug. Dissert. Halle, 1889. Le sarcome primitif du vagin chez l'enfant.

Gallard. – Th. Paris, 1891-92. De l'épithéliome aux divers âges.

Gendrin. — Th. d'agrégation, 1840. Influence de l'âge sur les malades.

Giraldès. — Leçons sur les maladies chirurgicales des enfants. Paris, 1869.

Guelliot. – Union médicale du Nord-Est, 1891. De la contagion du cancer.

Guitton. — Th. Paris, 1893 94. Sarcome primitif des muscles.

Gyrus. — Inaug. Dissert. Greifswald, 1889. Lymphosarcome des ganglions lymph. abdominaux.

Hirhsprung. — Canstatt's Jahresbericht 1862.

Hauser. — Virchow's Archiv., 1882. Sarcome du vagin.

Hutchinson. — Path. soc. of. London, 1884.

Jolly. — Archives générales de médecine, 6e série 1869.

Lang. — Arch. gén. de méd., 1893, T. II. Monographie du chloroma.

Lebert. — Traité pratique des mal. cancéreuses, 1851, Paris.

Levaillant. — Th. Paris, 1881. Des tumeurs malignes chez les enfants.

Mathieu. — Th. Lyon, 1883-84. Du cancer précoce de l'estomac.

Marc d'Espine. —

Malassez. — Archives de physiologie, 1885, T. VI. Tumeurs des gencives.

Perquis. — Th. Montpellier, 1886-87. Du sarcome primitif de l'orbite chez l'enfant.

Pick. — Archiv. f. gynœk, 1894, t. XLVI. Le sarcome primitif du vagin chez l'enfant et chez l'adulte.

Picot. — Rev. méd. Suisse rom., 1883. Les tumeurs malignes des enfants.

Rathery. — Th. Paris, 1870. Diagnostic des tumeurs abdominales chez les enfants.

De Saint-Germain. — Rev. mal. enf., 1883. Les tumeurs malignes chez les enfants.

— Rev. mal. enf., 1887. Inefficacité du traitement opératoire dans certaines formes de sarcomes chez les enfants.

— Rev. mal. enf., 1888. De quelques affections chirurgicales de la langue.

Scholtz. — Inaug. Dissert. Breslau, 1886. Le cancer de l'estomac dans le jeune âge.

Schwartz. — Thèse d'agrégation, 1880. Ostéosarcomes des membres.

Stern. — Deutsche med. Woch., 1892. Les tumeurs malignes dans le jeune âge.

Thompson. — Traité des maladies des voies urinaires, 1874.
Traité de chirurgie. — Tome I.
Valude. — Rev. mal. enfance, 1883. De quelques variétés de sarcomes des membres chez les enfants.
Wind. — Inaug. Dissert. Munich, 1880. Le sarcome à petites cellules de la prostate.

OBSERVATIONS

Tumeurs de la Peau.

Baxy. — Bull. Soc. anat., Paris, 1888, p. 618.
Charon. — Bull. acad. méd. Belg., 1878, p. 643.
Gangolphe. — Lyon médical, octobre 1892.
Gussenbauer. — Virchow's archiv, T. XVIII.
Krasnoboef. — Vracht, 1892, n° 51.
Mark. — Vracht, 1891, n°s 7 et 8.
Pott. — Münch. med. Woch., 1892, n° 37.
De Saint-Germain. — Rev. mens. mal. enfance, 1883, n° 1.
Tsoner. — Centralblatt f. Kinderh., 1887, n° 9.
Zahn. — Deutsche Zeitsch. f. Chir., 1885, p. 389.

Tumeurs des Muscles.

Bérard. —
Broca. — Soc. de chirurgie, 2 janv. 1895.
Dahl. —

Vincent. — Lyon médical, 1888, p. 620.
Guitton. — Th. Paris, 1893-94.

Tumeurs des Ganglions lymphatiques.

Bahn. — Jahrb. f. Kinderh. T. XXIII, p. 144.
Chauveau. — Th. Paris, 1885, p. 31.
Guinon. — Bull. Soc. anat Paris, mars 1888.
Gyrus. - Inaug. Dissert. Greifswald, 1889.
Levaillant. — Th. Paris, 1881.
Lounine. — Vracht, 1893, n° 42.
Maas. — Berl. Klin. Woch , 1879.
Mayet et *Broca.* — Soc. anat. Paris, mai, 1894.
Stern. — Deutsche Med Woch., 1892, n° 22.
Wede. — Cité par Stern.

Tumeurs du Système nerveux.

Voir les tableaux des pages 56 et 57.

Tumeurs du Cœur

Billard. — Cité dans le Dict. Dechambre. Art. Cœur.
Deffaux. — Bull Soc. anat., 1872, p. 355.
Kantzow et *Virchow.* - Virchow's Archiv., 1864. T. XXX, p. 468.
Recklinghausen. — Virchow's Archiv., 1864. T. XXX, p. 468.
Virchow. — Virchow's Archiv., 1866. T. XXXV, p. 211.

Tumeurs de l'Appareil respiratoire.

Voir le tableau de la page 73.

TUMEURS DU TUBE DIGESTIF.

Voir les tableaux des pages 90 et 91 pour l'œsophage, l'estomac et l'intestin.

Bouche.

De Fortincet. — Rev. de chirurgie, 1888, p. 800.
Guelliot. — Union méd. du Nord-Est, 1891.
Jacobi. — American J. S. of obstetric., 1869.
Malassez. — Archiv. de physiologie, 1885, p. 390.
Massin. — Virchow's Archiv., 1894. T. CXXXVI.
Perraudo Jacopo. — Archiv. Ital. di Pediatria, 1889, n° 5.
Poncet. — Gaz. des Hôpitaux, 1888, p. 217.
Saint-Germain. — Rev. mal. enf., 1888, p. 316.
Stern. — Deutsche med. Woch , 1892, n° 22.
Variot. — J- Clinique et Thérap. infantiles, 26 avril 1894.

Rectum.

Allingham. — Diseases of the Rectum. London, 1873.
Gross. — A System. of Surgery. Philadelphia, 1872.
Schöwing. — Deuts. Zeits. f. Chirurgie, 1885. T. XXII.
Stern. — Deuts. med. Woch., 1892, n° 22.

Parotide.

Tsoner. — Centralb. f. Kinderh., 1887, p. 376.

Pancréas.

Battersby. — Gazette médicale, 1844.
Kuhn. — Berl. Klin. Woch., 1887, n° 27.
Litten. — Deutsche med. Woch., 1888, n° 44.

Foie.

Antell. — New-York med. Journal, 3 mars 1894.
Cornil et *Cazalès.* — Bull. Soc. Anat., 1872.
Crouse. — Philadelphia med. et Surg. Rep., mars 1874.
De Ruyter. — Centralblatt de Ziegler, mai 1890, p. 314.
Descroizillis. — Rev. mal. enf. Juin 1894.
Kollmann. — Corr. Blatt. f. Schw. Aertze, 1872, nº 21.
Nœggerath. — Deuts. Clinik., 1854, nº 54.
Parker. — Trans. of. Path. Soc. London, 1884. p. 290.
Pye-Smith. — Trans. of. Path. Soc. London, 1880.
Wede. — Cité par Stern. D. med. Woch., 1892.

Rate.

Bamberger. — Cité dans Dict. Dechambre. art. Rate.
Scheffer. — Jahr. f. Kinderh, 1880 T. XV.

Tumeurs de la Vessie.

Voir les tableaux, pages 108 et 109.

Tumeurs des Organes génitaux males.

Testicule.

Deffaux. — Bull. Soc. anat., 1872, p. 355.
Depaul. — Soc. chirurgie, 10 mai 1876.
Jacubasch. — Cité par Stern.
Louvet. — Soc. anatom., 1865.
Reboul. — Marseille méd., septembre 1893.
Schleglendal. — In Kœnig. Algemeine Chirurgie.

Cordon.

Walshan. — Trans. of path. Soc. London, T. XXXI.

Prostate.

Bennett. — Thèse Engelbach, Paris, 1887, p. 44.
Bree. — Thèse Duzan, Paris, 1886, p. 44.
Hogdkins. — The Lancet, déc. 1843.
Isambert. — Bull. Soc. anat., 1853.
Spanton. — Trans. Path. Soc. London, 1892, p. 218.
Tordens. — Journal méd. Bruxelles, juillet, 1890.
Wind. — Inaug. Dissert., Munich, 1880.

TUMEURS DES ORGANES GÉNITAUX FEMELLES.

Voir les tableaux pages 146 à 150.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
CORNIL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris.—Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.